جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

# الذاتوية لدى الأطفال
# Childhood Autism

مراجعة نقدية ضمن متطلبات
الترقية لدرجة أستاذ فى علم النفس

إعداد
*د. إلهامى عبد العزيز إمام*
*أستاذ علم النفس المساعد*
*معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس*

فبراير ١٩٩٩

بسم الله الرحمن الرحيم

# فهرس المحتويات

| الموضوع | الصفحة |
| --- | --- |
| ١٠-الإعاقات الحسية .............................. | ٤٧ |
| نظرية العقل .............................. | ٤٧ |
| علاج الذاتوية لدى الأطفال .............................. | ٥٢ |
| ١-مرحلة العلاج النفسى الفردى .............................. | ٥٢ |
| ٢-مرحلة العلاج بالعقاقير واستخدام النظام الغذائى .............................. | ٥٥ |
| أ ) العلاج بالأدوية والعقاقير .............................. | ٥٥ |
| ب) النظام الغذائى والعلاج بالفيتامينات .............................. | ٥٨ |
| ٣-المداخل السلوكية أو النفس اجتماعية .............................. | ٥٩ |
| دعائم تعديل السلوك .............................. | ٦١ |
| ١-المشاركة الفعالة من الوالدين .............................. | ٦١ |
| ٢-الدور الحيوى لبرامج التعليم .............................. | ٦٣ |
| ٣-أهمية الرفاق .............................. | ٦٤ |
| ٤-أهمية استخدام التقنيات الحديثة .............................. | ٦٥ |
| أنواع التدخلات العلاجية المستخدمة .............................. | ٦٦ |
| قائمة المراجع .............................. | ٧٨ |
| أولا : المراجع العربية .............................. | ٧٨ |
| ثانيا : المراجع الأجنبية .............................. | ٨٠ |

## مقدمـــة

الخلط والغموض والتضارب سمات مميزة خبرها كل من يتعامل مع مصطلح الذاتوية ( أو الذاتيـــة أو الإجترارية أو التوحدية أو الآنية أو الإنطوائية أو انغلاق الذات أو ذهان الطفولة المبكرة أو الفصام الطفولى أو الفصام الذووي – ذاتى التركيب ) Autism التى تشتق معناها من الأصل اليونانى Autos وتعنى الـذات Self و Aism وتعنى حالة وبذلك يشير المصطلح إلى حالة الذات ، والذات فى اللغة العربية وفقا لما جاء فى المعجـم الوسيط والمعجم الوجيز تعنى ذات الشيء أى حقيقته وخاصته ، يقال عيب ذاتى أى جبلى وخلقى وتعنى أيضا النفس أو الشخص ، ويقال فى الأدب نقد ذاتى أى تقدير يرجع إلى آراء الشخص وانفعالاته وهـــو خـــلاف الموضوعى . ( المعجم الوسيط ص ٣١٩ – المعجم الوجيز ص ٢٤٣ ) .

ظهر مصطلح Autism لأول مرة على يد أحد أساتذة الطب النفسى بجامعة هارفارد وهو ليو كـــانر Leo Kanner عام ١٩٤٣ حين لفت اهتمامه أنماطا سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفين علـــى أنهم متخلفين عقليا ، فقد لاحظ استغراقهم المستمر فى انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز بـــالإجترار الذى تحكمه الذات أو حاجات النفس وتبعدهم عن الواقعية بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث فـهم دائمو الانطواء والعزلة لا يتجاوبون مع أى مثير بيئى فى المحيط الذى يعيشون فيه كما لو كـــانت حواســهم الخمس قد توقفت عن توصيل أى من المثيرات الخارجية إلى داخلهم ( عثمان فراج ١٩٩٤ ص ٣ عدد ٤٠ ) .

بدأ الاعتراف بالذاتوية كاضطراب مستقل وليســـت نـــوع مـــن الفصـــام الطفـــولى Infantile Schizophrenia أو ذهان الطفولة المبكرة مع نشر الدليل الدولى التاسع ١٩٧٨ تحت عنوان الذاتوية الطفليـــة Infantile Autism ؛ ويشير الحصر الذى قام به الباحث بالاستعانة بالشبكة القومية للمعلومـــات بأكاديمـــة البحث العلمى والتكنولوجيا إلى الاهتمام المتزايد بهذه الفئة المرضية حيث وصل عدد ما نشر عنها منذ عـــام ١٩٦٦ وحتى ١٩٩٩/١/١١ كموضوع رئيسى متضمن بـــالعنوان (٥٢٥٢) موضـــوع منـــهم (٢٣٤٣) موضوعا منذ عام ١٩٩٠ بينما بلغ العدد منذ عام ١٩٩٥ (٩٧٨) بمتوسط قدرة (١٥٩) دراسة أو موضوعا أو كتابا فى العام وذلك على شبكتى Psyc Lit ( مراجعة تراث البحوث النفسية ) وشـبكة Eric (مراجعـة ملخصات البحوث التربوية) ويشير ذلك الكم من الدراسات والبحوث والكتابات إلى زيادة الاهتمـــام بهـــذا الاضطراب خاصة خلال السنوات العشر الأخيرة .

---

أنظر (١) الذاتوية (أيمن جيره ١٩٨٤ص ١٨وحسين عبد القادر ط ١ ص ٢٠٣) (٢) الاجترارية أو التوحدية (عثمان فراج١٩٩٤ ص ٢ العـــدد ٤٠ – عمر بن الخطاب ١٩٩٧ ص ٢٥ العدد ٤٩.

(٣) الذاتية (موسى شرف الدين ص ١١٦) (٤) الآنية (أحمد فؤاد فائق ١٩٦٠ص ١٩)

(٥) الإنطوائية (أحمد زكى بدوى ١٩٨٢ص٣٢) (٦) انغلاق الذات(وليم الخولى ١٩٧٦ص ٦١)

(٧) ذهان الطفولة المبكرة (محمد شعلان ١٩٧٩ص١١٦) (٨) الفصام الطفولى (عثمان فراج ١٩٩٤ص٤ عدد ٤٠)

(٩) الفصام الذووى( ذاتي التركيب ) (رمضان القذافى ١٩٩٤ص١٥٩)

ومما يؤكد الاهتمام بمرضى الذاتوية إنشاء العديد من الجمعيات لرعايتهم والمطالبة بحقوقهم نذكر منها الجمعية الوطنية لأطفال الذاتوية التى كان لنشاطها دورا بارزا فى صدور قانون حقوق الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو فى الولايات المتحدة الأمريكية ؛ كما يؤكده أيضا صدور مجلة متخصصة فى الدراسات والبحوث التى تتناول الذاتوية الطفلية وهى Journal-of-Autism and Developmental Disorder وهو أمر لا نجد لــــه مثيلا فى كثير من الأمراض والاضطرابات الأخرى ، ويرى الباحث أن تفسير ذلك لا يعود إلى الاهتمام بهـؤلاء المرضى فقط ولكنه يشير أيضا إلى السعى لمعرفة حقيقة وجوهر هذا المرض الذى يحاط بالكثير من الغموض .

إذا انتقلنا إلى عالمنا العربى نجد أن الاهتمام بهذه الفئة قد ازداد نسبيا خلال السنوات العشر الأخــيرة وبدأت العديد من المراكز العلاجية منها على سبيل المثال مركز كاريتاس فى مصر والمركز الطــــبى النفســـانى والتربوى بصفاقص فى تونس ( فريحان قسيس ١٩٩٣) ... الخ ، غير أن الباحث لم يجـــد مركـــزا واحـــدا متخصصا فى علاج هذه الفئة كما هو الحال فى أوربا أو الولايات المتحدة أو اليابان ، فقد لوحظ أن المراكـــز التابعة لوزارة الصحة أو المراكز الخاصة تقوم بعلاج هذه الفئة مع غيرها من الفئات المرضية الأخرى .

وقد لاحظ الباحث خلال بحثه عما كتب فى موضوع الذاتوية فى عالمنا العربى عامة والمجتمع المصـــرى خاصة (رغم صعوبة الحصر الدقيق لاعتماد ذلك على جهد شخصى دون إمكانية استخدام مراكز المعلومات ) ندرة ما كتب عنه ، فعلى الرغم من ظهور أول دراسة عربية عن الذاتوية والتى قام بها أيمن جيره عـــام ١٩٨٤ بعنوان دراسة تجريبية فى سيكوديناميات الذهان لدى الأطفال ( دراسة فى حالة الذاتوية ) فإن الإحجام عــــن تناول هذا الموضوع هو السمة المميزة باستثناء دراسات قليلة ظهرت خلال العقد الحالى ركز غالبيتـــها علـــى أسرة الطفل الذاتوى دون التعرض للطفل ذاته ، وقد يرجع ذلك إلى صعوبة التعرض لمرضى الذاتوية بالإضافة إلى عدم توافر المعلومات الكافية عن أماكن تواجد هذه الفئة نتيجة لإيداعهم الخاطئ مع فئات أخـــــرى مـــن المرضى .

ولعل السؤال الذى يطرح نفسه هو : ما هو سر هذا الخلط والتضارب ؟ والإجابة على ذلك يمكـــن إيجازها فيما يلى :

١- إن كافة الدراسات لا تؤكد العامل المسبب للذاتوية ولكنها تتناول فرضيات لم يتم التحقق منها حتى الآن وإن كانت الدراسات الحديثة تركز على الجوانب البيولوجية والبيوكيميائية .

٢- إن صعوبة التعرف على الطفل الذاتوى خلال السنة الأولى والثانية لأن نموهم الذى يبدو طبيعيـــا مـــن الناحية الجسمية جعل غالبية الدراسات التى تتناول الذاتوية الطفلية تتم على أطفال أو بالغين يزيد عمرهم عن ثلاث سنوات رغم أن تشخيص الذاتوية الطفلية يؤكد على أن الإصابة بالمرض تتم قبل سن الثالثة

وأن من ينطبق عليه التشخيص بعد هذه السنوات يشخص على أنه يعانى الذاتوية غير النمطية ، ويرى الباحث أن تناول الفرد بالدراسة بعد فترة طويلة أو قصيرة من المرض يكون قد تعرض خلالها للعديد من المثيرات البيئية التى تؤثر فيه سوف يجعل من الصعب تناول العوامل الأولية المؤدية إلى الذاتويـــة الطفلية .

٣- أن التطور الأساسى الذى يمكن رصده فى مجال الذاتوية منذ عام ١٩٤٣ وحتى الآن هو تطور فى رصـــد الأعراض المرضية دون أن يواكب ذلك فهم لأسبابها ، ولا شك أن الاعتماد على الأعراض وحدهـــا فى عملية التشخيص يؤدى إلى الكثير من الخلط نظرا لاختلاف هذه الأعراض باختلاف الأفراد أو باختلاف المرحلة العمرية للفرد ، بالإضافة إلى أن هذه الأعراض ذاتها تمثل عامل مشترك للعديد مـــن الأمـــراض والاضطرابات ، فوجود عرض ذاتوى لا يعنى بالضرورة انطباق تشخيص الذاتوية الطفلية على الفرد بل ويمكن أن نتعامل مع هذه الأعراض فى إطار أشكال أخرى كالتخلف العقلى أو غيره من الأمراض الـــتى سوف يتم تناولها خلال عرض الموضوع ، ويضاف إلى ذلك أن أعراض الذاتوية كضعـــف التواصـــل الاجتماعى واللغوى ... الخ تؤثر سلبا على إمكانية التعامل مع هذه الفئة بسهولة ويسر .

٤- اختلاف أدلة التشخيص باختلاف التصنيفات فمفهوم الذاتوية الطفلية الآن يختلف عن الذاتوية الطفليـــة كما أشار إليها كانر عام ١٩٤٣ وكما سنراها فى التصنيفات التى يمكن أن تصدر فى المستقبل (وفقا لمـــا يتوقعه الباحث) ، وتجدر الإشارة إلى ضرورة وعى الباحث الذى يتناول الذاتوية الطفلية بهذه القضيـــة والعمل على تناول هذا المرض فى إطار تاريخى يربط فيه بين نتائج الدراسات وأدلة التشخيص المعمول بها فى الفترة الزمنية التى تمت فيها الدراسة لأن ذلك يمكن أن يفسر للباحث الكثير مـــن الجوانـــب الـــتى تستعصى على الفهم بعيدا عن هذا الإطار بداية من معدلات الانتشار ومرورا بالأعراض والتشـــخيص أو التعرف على الأسباب وانتهاء بالوسائل المستخدمة فى العلاج ، ومما لا شك فيه أن التطور الهائل فى محاولة فهم الذاتوية خلال العقد الماضى فى مجالات الجينات الوراثية والاكتشافات العصبية والبيولوجية وتطـــور نظم التصنيف والتقدم فى طرق التشخيص ، كل ذلك لا يمكن تجاهله ، كما أنه على مـــدار الســـنوات العشر الماضية استجدت علاجات عديدة قد يكون لها تأثيرات عظيمة فى حالات الذاتوية .

## معدل انتشار الذاتوية الطفلية

أكد كانر (Kanner )فى كتاباته أكثر من مرة بأن انتشار الذاتوية لدى الأطفال محدود للغاية وأنهـــا حالات نادرة ولكن الواقع أن تبريره أو تدليله على هذا الرأى لا يعتمد على أساس علمى ثابت أو دقيق فـــهو يبنيه على أساس أنه فى عام ١٩٥٨ وخلال ١٩ عام من عمله فى عيادته لم يصل عدد الحالات التى تقدمـــت للفحص الإ حوالى ١٥٠ حالة فى قارة أمريكا الشمالية . بمعنى أن هناك ٨ حالات سنويا مدعيا أن عيادة الطب

النفسى التى يرأس إدارتها كانت المركز الطبى الوحيد الذى زاعت شهرته فى تشخيص الذاتوية . كما ذكر عام ١٩٦٢ أنه من بين كل ١٠ حالات أحيلت إليه لم يثبت سوى أن حالة واحدة فقط هى من حالات الذاتوية المؤكدة ( عثمان فراج ١٩٩٦ عدد ٤٥ ص ٦ ) ولكن هذه النتائج لم يثبت صدقها فى الدراسات التالية التى قام بها العديد من الباحثين فى تاريخ لاحق حيث أشارت الدراسات المسحية التى تمت فى إنجلترا وويلز والولايات المتحدة الأمريكية والدنمارك والسويد أن معدل انتشار الذاتوية فى الطفولة يمكن تقديره ما بين ٤-٥ أطفال لكل عشرة الآف ممن تقل أعمارهم عن ١٥ عام ،بينما كان معدل انتشار الذاتوية الذى تم الحصول عليه من الحالات الملحقة بالعيادات ومراكز الخدمات الخارجية للمرضى وبرنامج رعاية الذاتوية المحلى فى غرب برلين بالمانيا ٩ر١ طفل لكل عشرة الآف طفل تقل أعمارهم عن ١٥ عام ( STEINHAUSEN Et al 1986 ) .

وفى دراسة حديثة أجريت فى النرويج قام بها ( SPONHEIN & SKJELDOF 1998 ) لعينة تغطى ٩٨% من المجتمع النرويجى خلال حصر الاضطرابات المشوهة للنمو بالعيادات التى يتردد عليها الأمهات والأطفال واستخدم فى ذلك الدلالات التشخيصية للدليل الدولى العاشر ( ICD10 ) كشفت الدراسة أن أقل معدل انتشار للذاتوية يتراوح بين ( ٤-٥ ) أطفال لكل عشرة الآف طفل تقل أعمارهم عن ١٥ عام .

أما الدراسة الحديثة التى أجريت فى فرنسا وقام بها (Fombonne,-Eric. Et al 1997) لبحث مدى انتشار الذاتوية . شمل البحث( ٣٤٧٣٢٥ )من الأطفال الفرنسيين تتراوح أعمارهم من ٦-١٦ سنة ولدوا فى الفترة من ١٩٧٦ حتى ١٩٨٥ . كشفت النتائج أن ( ١٧٤ )طفل يعانون من الذاتوية بمعدل خمسة أطفال لكل عشرة الآف ولم تظهر الدراسة إى فروق ترجع إلى الموقع الجغرافى أو الطبقة الاجتماعية .

وفى دراسة أخرى شملت (١٩) دراسة من عشر دول مختلفة غطت الفترة من ١٩٦٦ إلى ١٩٩٦ استنتجت أن الرقم حوالى (٥ ) لكل عشرة آلاف ، كشفت الدراسة عدم وجود علاقة بين الأوقات التى أجريت فيها الدراسات ومعدل الانتشار وبذلك توصلت إلى عدم وجود برهان يدعم الرؤية التى تقول إن معدل الذاتوية قد زاد خلال السنوات الأخيرة ( FOMBONNE 1998 ) .

ويشير ( EDELSON 1998 ) بناءا على دراسات مسحية واسعة المدى فى الولايات المتحدة وانجلترا أن أكثر الدراسات الاحصائية عن الذاتوية قد قررت أنها تحدث بمعدل ٥ر٤ لكل عشرة الآف مولود حى . بالإضافة إلى أن تقدير الأطفال الذين لديهم أعراض سلوكية تشبه الذاتوية هو (١٥-٢٠)من كل عشرة آلاف يولدون أحياء . ويعلق ايدسون على التضارب فى معدلات الانتشار قائلا إن الذاتوية تتفاوت إلى حد كبير معتمدة على القطر الذى تتم فيه الدراسة فتتراوح من (٢)لكل عشرة آلاف فى المانيا إلى معدل مرتفع فى

اليابان يصل إلى (١٦)من كل عشرة آلاف . مشيرا إلى أن الأسباب الممكنة لهذا التفاوت فى معدلات الانتشار يعود إلى اختلاف الدلالات التشخيصية والعوامل الجينية والتأثيرات البيئية .

إذا انتقلنا إلى انتشار الذاتوية بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية نجد أنها تختلف باختلاف المرحلـــة التاريخية . فقد أشار ( STEINHAUSEN Et al 1986 ) إلى أنه منذ الوصف المبدئى لكانر ١٩٤٣ ظـــهرت سلسلة من الأوراق العلمية فى الخمسنيات والستنيات تكشف أن الأطفال الذاتويين يأتون من طبقات اجتماعية واقتصادية مرتفعة بشكل يفوق المستويات الأخرى . بينما كشفت دراسات أخرى بعد عــــام ١٩٧٠ عـــدم صدق هذه النتائج وأن سبب الاعتقاد السابق هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله لدى أبناء الطبقات الفقيرة خلال هذه الفترة الزمنية . وهو ما أكدته دراسة قام بها ( BRYSON 1996 ) وأيدت عدم وجود فـــــروق فى انتشار الذاتوية بين الطبقات المختلفة .

أشارت الدراسات فيما يتعلق بالفروق الجنسية بين الذكور والإناث أن ٧٦% من الذاتويين من الذكور ( STEINUSEN Et al 1986 ) بينما أشار كل من محمود حموده ١٩٩٨ – ( KAPLAN Et al 1995 ) أن نسبة الذكور أكثر من نسبة الإناث بنسبة ( ٣–٥ ) : ١ ولكن البنات الذاتويات يملن لأن يكن أشـــد اضطرابا وأكثر تاريخيا اسريا للخلل المعرفى من الذكور . بينما يشير عثمان فراج أن النسبة بينهما هى ٤–١ ( عثمان فراج ١٩٩٥ – العدد ٤١ ص . ٦ ) .

دراسات أخرى مبكرة أظهرت أن الإناث كن أقل ذكاء وأكثر ميلا لإظهار برهان على تلف الدمـاغ ( TASI Et al 1981 ) بينما أشار (WING 1981 ) أن الذكور بشكل عام يوصفون بارتفاع مهارتهم الفراغيـــة المكانية بينما الإناث ينظر إليهن على إنهن أعلى فى المهارة اللغوية وبالتالى فإن البنات المصابات بالذاتوية يكـــن أقل قدرة فراغية مكانية وسيكن أكثر ميلا لأداء وظيفى كمتخلفات عقليـــا بدرجـــة بينـــة . نقـــلا عـــن ( STINHAUSEN Et al 1986 ) بينما توصل Freeman 1997 إلى عدم تدعيم فرضية أن البنـــات الذاتويـــات لديهن قصورا معرفيا أشد من الأولاد ؛ أما محمود حمودة فيوضح أنه قد لوحظ أن ٤٠% من الذاتويين لديـهم معامل ذكاء يقل عن (٥٠ إلى ٥٥) وحوالى ٣٠% يتراوح معامل ذكائهم بين (٥٠و ٧٠) ، ويلاحـــــظ أن حدوث الذاتوية يتزايد مع نقص الذكاء فحوالى ٢٠% من الذاتويين لديهم ذكاء غير لفظى سوى ، ودراســـة سجلات معدلات الذكاء للذاتويين تعكس مشاكلهم مع التسلسل اللغوى ومهارات التفكير المجرد مشـــيرة إلى أهمية القصور فى الوظائف المرتبطة باللغة . ( محمود حموده ١٩٩٨ ص ١٥٥ ) .

لم يعثر الباحث على دراسة واحدة تحدد نسبة انتشار الذاتوية الطفلية فى مصر والعالم العربى ، فكافـــة الدراسات والكتابات تستعين بالنتائج الإنتشاريه التى تم التوصل إليها فى الدراسات الأجنبية رغم ما قد أشـــرنا إليه فى البداية من اختلاف النسب باختلاف المجتمعات وهو ما يدعو إلى ضرورة القيام ببحوث ودراسات تغطى هذا المجال.

# الصورة الإكلينيكية والأعراض

الصورة الإكلينيكية للذاتوى يمكن أن تلتقط من أكثر زاويه أو توضع فى أكثر من إطار حيث يمكن تناولها من خلال درجة التفاعل الاجتماعى أو الأداء الوظيفى أو درجة استقرار الأعراض مع نمو الفرد وتطوره أو فى إطار طبيعة الأعراض المصاحبة لكل مرحلة من المراحل وقد يتم تناولها أيضا من خلال الأسباب الكامنة وراء الخلل *.

## أولا : طبيعة الأعراض فى ضوء درجة التفاعل الاجتماعى

قدم ونج Wingومساعدوه ١٩٨٧ نظاما افتراضيا للأفراد الذاتويين مبنى على أسس التفاعل الاجتماعى الذى تم التوصل إليه من فحص (٧٨)طفل ذاتوى و (٣٤) من المصابين باضطراب تشوه النمو و (٣٢) من الأفراد مضطربى النمو غير الذاتويين وقد اشتمل النموذج المقدم على ثلاثة أنواع فرعية مبنية على كيفية التفاعل الاجتماعى .

( أ ) الأفراد الذين يتجنبون بشدة التفاعل بإيجابية أى يصر على التجنب Allof .

( ب) أفراد يتقبلون التفاعل الاجتماعى سلبيا ولكنهم لا يبحثون عنه Passive .

( ج) نشط ولكنه غريب ( الأفراد الذين يتقبلون التفاعل ولكن يتفاعلون بشكل غريب شاذ) Active but Odd .

مميزات هذا التقسيم هى :

١ – استخدام ملامح تشخيصية هامة مثل كيفية التفاعل الاجتماعى التى يمكن ملاحظتها مباشرة .

٢ – يغطى مدى التعبير عن اللزمه .

٣ – التقسيم ليس نظريا ولكن له دور تطبيقى فى العلاج .

وتلك الأنواع الفرعية يمكن أن ترتبط بمستوى النمو فالطفل الصغير قد يصبح أكثر سلبية مع مرور الوقت . هذا التصنيف الفرعى لفت الانتباه بشكل كبير ولكن ليس هناك دراسات هامة على صدقه وفائدته Volkmar et al 1989 . وكل نوع من هذه التفاعلات الاجتماعية الشاذة التى تحدث فى الاضطرابات الذاتوية لها صورة إكلينيكية خاصة بها ،وفيما يلى وصف لهذه الصور مع الوضع فى الاعتبار الفروق الفردية فى القدرة المعرفية والعلاقة بالأنظمة الأخرى للتصنيفات .

١ – مجموعة العزوف The Aloof Group :

تتميز هذه المجموعة بما يلى :

* الأعراض التى يتم تناولها مأخوذة من Wing and Ettwood 1987 ص. ص ٣-٤٠ ، فريحان قسيس ١٩٩٣ ص. ص ٧١-٧٦ ، ونوال سامى ١٩٩٣ ص . ص ٣٢-٣٧ ، ونادية أديب ١٩٩٣ ص . ص ٤-٣٩ ، عثمان فراج ١٩٩٤ ص .ص ٢-٨ .

( أ ) العزلة العاطفية أو البرود الانفعالى

تمثل مجموعة العزوف الشكل الأمثل للذاتوية وتتضمن أولئك المعزولين عن التفاعل الاجتماعى من الأطفال والبالغين ، وهؤلاء الأفراد يمكن أن يصاحبهم حالة فوران (Agitated) داخلى عندما يحاول الآخرون الاحتكاك أو الالتصاق بهم فهم عادة يرفضون الاحتكاك الجسدى أو الاجتماعى Physical or Social Contact بالرغم من أنهم قد يستمتعون باللعب الجسدى الخشن ، والبعض من هذه المجموعة يقـــترب مـــن الآخريـــن للحصول على احتياجاتهم من الطعام أو الراحة الجسدية Physical Comfort مثل الجلوس على الأرجـل أو أن يدلل ولكن بعد أن ينال الإشباع أو الراحة يتحرك بعيدا بشكل مفاجئ دون أن ينظر خلفه .
ويلاحظ العزوف الاجتماعى Social Aloofness بشكل خاص مع رفاق السن ولكنه يميـــل لأن يقـل مـــع الأشخاص المألوفين جدا خاصة الوالدين ، إلا أنه على الأقل فى السنوات الأولى تكون علاقات سلوك الارتباط الطبيعى فى أدنى حدودها .

يختلف الأطفال الذاتويون عن الأسوياء فى عدم الميل لتتبع والديهم فى المترل ولا يندفعون إليهم عندما يحضرون للمترل ولا يطلبون الراحة عندما يتألمون أو يزعجون ، ولعل هذه العلامات البارزة هى الأكثر حـيرة وإزعاجا للوالدين ، وتشير الدراسات إلى أن ذلك لا يعنى الغياب الكلى للروابط الاجتماعية ، ومن بين هذه الدراسات دراسة قام بها Hobson & Lee 1998 وذلك للمقارنة بين الاندماج الاجتماعى للذاتوى والمصـاب بالتخلف العقلى من خلال موقف التحية التلقائية عند اللقاء والوداع ( مرحبا ، إلى اللقاء ) وقـــد كشـــفت النتائج أن الذاتوى لا يقوم بالتحية التلقائية اللفظية والتعبيرات غير اللفظية للتحية أو الوداع كما أن التواصل بالعين أقل مقارنة بعينة التخلف العقلى ، وينبغى أن يفرق بين الاندماج الاجتماعى والروابط الاجتماعية حيث تشير دراسة قام بها Sigman & Mundy 1989 للتعرف على الروابط الاجتماعية لدى الأطفـــال الذاتويـــين كشفت نتائجها أن الاستجابات الاجتماعية للأطفال الذاتويين عند انفصالهم أو التحامهم بمن يعتنـــون بهـــم لا تختلف عن الاستجابات الاجتماعية فى المواقف المتماثلة للأطفال المتخلفين عقليا من غير الذاتويين . كما لوحظ أن الاستجابات الاجتماعية لم ترتبط بمستوى المهارات التى أظهرها الأطفال الذاتويون .
وفى دراسة قام بها Shapiro et al 1987 للتعرف على الارتباط بين الذاتويين والاضطرابات التطورية الأخرى وذلك على عينة مكونة من ٣٦ طفل تتراوح أعمارهم بين ٣٠ – ٦٣ شهر تم تشخيصهم كذاتويين أو لديهم اضطراب تشوه نمو غير نمطى أو لديهم اضطراب لغة تطورى أو تخلف عقلى . تم تصوير الأطفال مع أمهاتهم كما تم تصويرهم عند انفصالهم عن الأم ولوحظ أن غالبية الأطفال مضطربى النمو والذاتويين ( ٦٤% ) قـــد أظهروا تغيرا فى السلوك عند الانفصال كما أن ٤٤% منهم قد حدث لديهم تغير سلبى فى الوجدان ، وتشـير هذه النتائج أن الفروق التى تحدث فى السلوك لدى الذاتويين يمكن أن تعتبر برهان على وجود ارتباط بشكل ما مع الأم على الرغم من الفكرة السابقة التى تشير إلى عدم ارتباط هذه الفئة بأمهاتهم . كما أشارت النتائج أيضا

إلى تنوع أشكال السلوك فسلوك الطفل مع أمه اختلف عن سلوكه مع الغرباء بما يعنى ارتباطه بها ولكن هـذا الارتباط يتفاوت طبقا لقدراته وفهمه .

(ب) القصور اللغوى وغياب القدرة على الاتصال اللغوى :

يلاحظ أن فهم واستخدام التواصل اللفظى وغير اللفظى معوق بشكل شديد فى هذه المجموعة مـع نقص الاستجابة للكلام والتى قد تؤدى للشك بوجود صمم فى السنوات المبكرة ، ولكن الوالدين يرفضـون هذه الاحتمالية بسبب قدرة الأطفال على التفاعل مع الأصوات الرقيقة التى يبدو أنها تحمل معنى بالنسبة لهـم (صوت ورقة الشيكولاتة) ، هذه الإعاقات للتواصل غير اللفظى تؤثر فى عديد من نواحى السلوك خاصة إذا وجدت منذ الرضاعة ،كما يلاحظ أن الأطفال من ١٠ إلى ١٢ شهر لا يرغبون فى لفت انتباه الأباء لهـم أو يشركون آبائهم بالإشارة للأشياء كما يتجنب النظر بل ويبعد وجهه عن والديه ويفتقر إلى التعبـير الوجـهى والإيماءات الاجتماعية مثل هز الرأس ( علامة على الموافقة ) ولمس شخص أخر لجذب انتباهه أو إظهار تعاطف نحوه ، ويميل بعض الذاتويون خاصة البنات بأن يكن لديهن ابتسامة ثابتة ليست مرتبطة بموقف اجتماعى ، أما أصوات ما قبل الكلام فهى غريبة ومبالغ فيها ،وإذا لم ينمو الكلام نلاحظ صوت نغمة على وتيرة واحـدة أو شاذ فى كيفيته ، ومن الدراسات التى تشير إلى أهمية ذلك العرض فى تحديد الذاتوية لدى الأطفال دراسة قام بها Kurita,-H 1985 عن الذاتوية الطفلية المصاحبة بفقد الكلام قبل عمر ٣٠ شهر وذلك على عينة مكونة مـن ٢٦١ من الأطفال الذاتويين أظهرت النتائج أن ٩٧ طفل بنسبة ٣٧٫٢% أظهروا فقدا كاملا لقدرتهم علـى إخراج الكلمات ذات المعنى قبل عمر ٣٠ شهر كما أشارت إلى أن فقد الكلام أكثر حدوثا لدى البنات مقارنة بالذكور وكشفت النتائج أيضا أن متوسط بداية فقد الكلام يكون عند ١٨ شهر وأن أغلب الكلمات المفقودة هى الكلمات المعتادة للطفل، كما أشارت إلى زيادة التخلف العقلى بمرور السنوات بعد فقدان الكلام مقارنـة بالأطفال الذين لم يكن لديهم مثل هذا النكوص .

(ج) عدم القدرة على اللعب والانغماس فى الأفعال القسرية والطقوس النمطية :

وتتمثل الخاصية الرئيسية للعب الأطفال الذاتويين بنقص فى الارتباط الاجتماعى أو تكوين علاقـات اجتماعية ، والتكرار والنمطية فى تناولهم للأشياء ، والاستخدام غير الوظيفى لها ( عمر بن الخطاب ١٩٩١ ص ٥٢٥) .وأغلب هذه الفئة ليس لديهم لعب تظاهرى رمزى Symbolic Pretend Play كما هو الحال لدى الأسوياء سواء كانوا بمفردهم أو مع رفاقهم . وربما يكونوا قادرين على اللعب بالأشياء أو إعادة بنائها ولكنهم لا يظهرون أى علامات للتظاهر بأن اللعب يمثل أشياء حقيقية فهم لا يبنـون عالمـا داخليـا مـن التخيـل Imagination ولكنهم بدلا من ذلك يشغلون وقتهم بتكرار الأنشطة النمطية فينخرطون لساعات طويلـة فى نشاط واحد دون أن يشاركوا آخرين فى هذا النشاط ، ودون أن تشتتهم الأحداث الجارية حولهـم ، نفـس التكرار الروتينى يحدث مرات عديدة فى اليوم وقد يستمر لشهور أو سنوات قبل أن يستبدل بأخر ، والملاحظ

أن مستويات الذكاء المنخفضة من الذاتويين تكون أفعالهم النمطية عادة بسيطة كما تميل لأن تكون موجهـــه للنفس مثل ثنى الأصابع أو التلويح بالذراع أو هز الجسم .

الذاتويون ذو العزوف كلما تطور نموهم فإن السلوكيات النمطية البسيطة تميل لأن تقل وتســـتبدل بسلوك متكرر أكثر تعقيدا وقد يندمجون فى جمع أنواع معينة ( مثل قطع المكعبات ، علب كـــبريت ، علـــب صفيح ، عظام الحيوانات ) ، وقد يندمجون فى تنظيم الموضوعات فى شكل خطوط ويصرون على روتين خـــاص مثل تتبع نفس الطريق تماما عند الذهاب للمدرسة أو المحلات يوميا . كما يميلون إلى فرض روتينـــهم الجـــامد عندما يأتون مكان لعب جديد . كما تحدث لهم انفجارات مزاجية إذا حدث خلل بالروتين . هذا النوع مـــن السلوك ملحوظ وثابت طول الوقت حتى إذا تغيرت الصور الإكلينيكية الأخرى ، ومن الدراسات التى تناولت هذه الأعراض دراسة قام بها Charman et al 1998 للتعرف على بعض القدرات المعرفية والاجتماعية لـــ ٢١ من الأطفال المصابين بالذاتوية واضطراب تشوه النمو سنهم ٢٠ شهر، وقد أشارت النتـــائج إلى فشـــل مجموعة الذاتوية فى الحملقة الاجتماعية Social Gaze فهم الانتباه التواصلـــى Joint Attention والفقـــر فى الاستجابات التفهميه Poor Empathic Response وأقل قدر من المحاكاة فى الأفعال المنمذجه وأيضا لا وجـود للعب التظاهرى Pretend Play .

دراسة أخرى قام بها Charman et al 1997 بهدف التعرف على التعاطف Empathy واللعـــب التظـــاهرى والانتباه التواصلى والمحاكاة من خلال المقارنة بين فئة الذاتوية ومتأخرى النمو والأطفال العاديين ، وكشـــفت النتائج فشل الأطفال الذاتويون فى استعمال النظرة المحدقة الاجتماعية كشكل من أشكال التعـــاطف وأيضـــا الفشل فى المهام الخاصة بالانتباه التواصلى كما أظهر القليل من الأطفال الذاتويين ومتأخرى النمو القليل مـــن المشاركة فى اللعب التظاهرى التلقائى .

دراسة أخرى قام بها Umino,-Ken 1997 للتعرف على نمو التواصل بالعين لدى (٣٣)من الأطفال الذاتويـــين تحت سن ٦ سنوات مقارنة بـــ (٣٦)من الأطفال المتخلفين عقليا الذين يعانون من نقص انتبـــاه و ٢٤ مـــن الأطفال المتخلفين عقليا الذين لا يعانون من فرط حركى ، ومن خلال تدريبهم على لعبة الاســـتغماية الـــتى تتضمن تواصل عينى مع أمهاتهم ، كشفت النتائج أن الأفراد جيدى الاستجابة قد زاد من فرد واحـــد إلى ١٢ بنسبة ٣٦% من عينة الذاتويين بعد فترة التدريب مقابل ١٩ من المتخلفين عقليا الذين يعانون نقص الانتبـــاه بنسبة ٥٣% و ١٨ من المتخلفين الذين لا يعانون فرط حركى بنسبة ٧٥ % ، وهذه النتائج تؤكد قـــدرة الأطفال الذاتويين على تنمية تواصل عينى فى موقف مقنن ولكنهم وجدوا صعوبة فى التواصل فى المواقف غـــير المقننة مما يدل على القصور فى الانتباه التلقائى Selective Attention .

ويشير Jarrold,-Christopher 1997 إلى وجود مشكلة فى القدرة على التظاهر وهو ما يجعلهم غير قـــادرين على اللعب التظاهرى ، فمشكلة هؤلاء فى الخلق، وهو ما يتسق مع القصور فى التلقائية Spontaneity والمرونة Flexibility .

(د ) مشكلات الفهم والمحاكاة :

وجد من خلال دراسات دوجلاس وساندرز Douglas & Sanders ودراسات كوركيو وبسيركا Curcio & Piscrchia ولوفاس Lovaas وديير وزملاؤه Deuyer أن الأطفال الذاتويين لا يستطيعون تقليد الآخرين أو محاكاتهم كما لا يستطيعون اكتساب مهارات من خلال المحاكاة ( عمر بن الخطاب ١٩٩١ ص ٥٢٤) .دراسة قام بها Soulayrol et al 1997 أشارت إلى أن أهم ما يميز مريض الذاتوية عن الأسوياء هو عدم القدرة على الفهم والمحاكاة وتسمية الأشياء وتعبيرات الوجه . ولعل ذلك ما أكده أيضا Bœghly,-Marjorie 1998 بقوله أن نظام التواصل الاجتماعى يرتبط باستقرار تطور نمو الفرد وأنه إذا كان نظام التواصل الاجتماعى ناقصا أو شاذا بصورة فجة فإن نمطا غير متسق من الترميز سوف يحدث .

(هـ) الذاكرة :

أشار Bennetto,-Loisa et al 1996 إلى عدم وجود فروق بين الذاتوى وغير الذاتوى فى التعرف القصير والطويل الأمد Short-and long-Term Recognition وقدرة التعلم الجديد New Learning Ability وفى دراسة قام بها Farrant et al 1998 للتعرف على قدرة الأطفال الذاتويين فى التميز بين الذكريات النابعة من الداخل والنابعة من الخارج مقارنة بمجموعة من الأسوياء والمتخلفين عقليا ،وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق فى هذه المهمة وأشار الباحث إلى أنه لا يوجد برهان أن الأطفال الذاتويين لديهم قصور فى قدرات ملاحظة الواقع .

( و ) القصور فى السلوك التوافقى :

الأطفال الذاتويون الصغار فى مجموعة العزوف غالبا يتسمون بالرشاقة فى التسلق والاتزان لأنهم لا يعون الخطر وهذه المهارة قد تؤدى إلى أحداث خطيرة إذا لم يتم ملاحظتهم جيدا . وعلى العكس من ذلك قد يظهرون خوف شديد من بعض الأشياء غير المؤذية كالخوف من لون ما أو من دخول الأتوبيس أو حتى من بعض الناس وهذه المخاوف قد تتحول فى مرحلة لاحقة إلى افتتان خاص أو العكس بالعكس ، والبعض منهم فى سن ٥ ، ١٠ سنوات لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمنى سنتين أو أقل كما قد يعجز عن حماية نفسه ورعايتها كما يلاحظ لدى هؤلاء الأطفال العديد من السلوكيات الشائعة مثل الانفجارات المزاجية والعدوان والتدمير وعدم الاستقرار والصراخ وخطف الأشياء من المحلات أو خلع الملابس فى الأماكن العامة أو الجرى بعيدا ودخول منازل غرباء ، وهى كلها أمور مألوفة لأباء هؤلاء الأطفال ناتجة من نقص فهم الذاتوى لقوانين السلوك الاجتماعى ، ومن يستطيع الكلام منهم قد يرددون أصوات مرتفعة غير مناسبة فى الأماكن العامة أو داخل المنزل ، والبعض سواء لديهم القدرة أو ليست لديهم القدرة على الكلام قد يصدر أصواتا أو ألفاظا فى صور غير مقبولة اجتماعية .

يلاحظ أيضا تغيرات مزاجية مع الضحك أو البكاء دون سبب واضح وأحيانا يقفون فى وضع كئيب والدموع تنساب على مقلتيهم كما لو أنهم يشعرون بالعجز فجأة فى مواجهة العالم الذى لا يمكنهم فهمه . هذه الصورة مؤلمة للوالدين لأنهم لا يستطيعون تقديم أى راحة جسمانية لأطفالهم الذين قد يرفضون هذه المساعدة . دراسة قام بها Freeman.B.J 1988 والتى كان من بين أهدافها معرفة العلاقة بين السلوكيات المضطربة باستخدام مقياس فاينلاند Vinelandوالدرجات على مقياس Wisc-R وذلك على عينة مكونة من ٢٧ طفل ذاتوى منهم ٢٣ ذكر و ٤ إناث وقد أشارت النتائج إلى أن عدد السلوكيات المضطربة لم يكن لها علاقة بالذكاء .

(ح ) حركات الجسم غير العادية والافتقار للرشاقة فى الحركات التى تحتاج مهارة :

خلال الطفولة المبكرة يلاحظ الميل للمشى على أصابعهم مع قوام منثنى وحركة سريعة فيبدون فى غاية الرشاقة – كما أن الحركات المرفرفة القريبة للذراعين والقفز والتكشيرات الوجهية المصاحبة لأى انفعال أو انزعاج مقبولة فى الطفل الصغير ، وحينما يصل إلى المراهقة تصبح هذه الجوانب شاذة ويصبح التعبير الوجهى أكثر غرابة وأقل قبولا ، ويشير Cornish,-K-M & Manus,-L-C 1996 إلى عدم وجود دلائل على تميز الطفل الذاتوى فى المهارات الحركية بل على العكس من ذلك فقد توصل Hughes,-Claire 1996 إلى أن الأشخاص الذاتويين لديهم مشاكل فى تنفيذ حركات محددة الأهداف ، حتى فى الحالات البسيطة جدا ( إمساك شئ أو الوصول إلى شئ أو وضع شئ ) مما يفترض تعطيل عالى ومستقل فى السيطرة التنفيذية Executive Control دراسة قام بها Inui,-Nobuyuki et al 1998 أشارت نتائجها إلى أن الطفل الذاتوى لدية القدرة على الاستفادة من برنامج حركى حيث استفاد ٤ من ٧ أطفال من المرضى من البرنامج وأظهروا تحسنا فى أوقات التفاعل بدرجة دالة إحصائيا .

(ط ) القصور الحسى :

يبدو الطفل الذى يعانى من حالة الذاتوية كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أى مثير خارجى إلى جهازه العصبى فإذا مر شخص قريبا منه وضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه فانه يبدو كما لوانه لم يرى أو يسمع أو أنه قد أصابه الصمم أو كف البصر . وما أن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية ، ويمكن أن نلاحظ أيضا بالإضافة إلى هذا التجاهل أو الانزعاج الفتتان غير معتاد بصوت أو ضوء أو حرارة أو برودة أو ألم أو لمس ، كما تشمل الاستمتاع بملاحظة الأشياء ، ومثل هذه الأعراض خاصة نقص الاستجابة للألم يمكن أن تؤدى إلى مشكلات تشخيصية فى الأمراض العضوية لدرجة أنهم قد لا يشكون إذا حدث كسر فى عظامهم أو التهاب حاد بالزائدة الدودية . أيضا يلاحظ أن الاستجابات للمثيرات الحسية قد تكون متناقضة كأن يخفى الطفل عينيه عند سماع صوت مرتفع ( Wing and Ettwood 1987 ) .

ومن أهم النتائج المستخلصة من الدراسات السابقة التى تناولت القصور الحسى ما يلى :

١- نقص التعبير الحسى الإيجابى لهؤلاء الأطفال يرجح أن عيوبهم المعروفة فى الانتباه والاستجابات الشعورية تستمر حتى فى التفاعلات التخيلية مع أفراد أسرهم Joseph & Tager 1997 .

٢- اشتمال الإختلالات الحسية Sensory-Perceptual Abnormalities لمرضى الذاتوية على زيادة أو نقص أو تحريف الإحساس مع صعوبة معالجة هذه الإختلالات O'Neill & Jones 1997 .

٣- الطفل الذاتوى يزداد قصوره الأنتباهى Attentional Deficit أو إدراكه الاجتماعى Social Perception فى حالة وجود مفاتيح (مؤشرات) عديدة ويتصرف مثل الآخرين فى الظروف الاجتماعية عندما يوجد مفتاح اجتماعى واحد Only one Social Cue (Pierce et al 1997 ) كما أن معدل الانتباه التواصلى لدى الذاتوى أقل بنسبة ٧٣٪ من المصابين باضطراب اللغة النمائى Developmental Language Disorder (McArthur & Adamson 1996 ) .

٤- إن الأصل فى القصور والتواصل الاجتماعى Social and Communicative Deficits يرجع إلى نقص التفاعل الاجتماعى بالنظر (الحملقة الاجتماعية) Social Gaze Interaction أو الاتصال بالعين Eye Contact الواجب اكتسابها فى الشهور الأولى ( Trepagnier,-Cheryl 1996 ) .

٥- عند اختبار التكيف المكانى البصرى Visual-Spatial Orienting وجد أن الاستجابة الأسرع تكون للمنبه المركزى عن المنبه الجانبى مع إمكانية كشف المنبه حينما يقدم من الجهة اليسرى فقط مما يشير إلى وجود علة فى نقل الانتباه Attention Shifting (Wainwright & Bryson 1996)

٦- أشارت دراسة قام بها Beppu,-Satoshi 1996 إلى القصور فى الانتباه التواصلى أو إحداث سلوكيات مقصودة مرتبطة بالمشاركة فى التفاعل . كما يشير Rollins et al 1998 إلى أهمية العلاقة بين الانتباه التواصلى ونمو اللغة .

( ك ) مشكلة الإدراك :

تتمثل مشكلة الطفل الذاتوى فى الإدراك فهو يهتم ويستجيب لمنبهات بعينها ، بغض النظر عن كونها استجابة شاذة ، ولا يستجيب لمنبهات أخرى بما يعنى أن الخلل والعطب يكونان فى الإدراك ... هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يعيقه عن العمل على زيادة مخزون الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة ( عمر بن الخطاب ١٩٩١ ص ٥٢٦ ) .

وتشير دراسة قام بها Russell & Jarrold 1998 للتعرف على مشكلات تصحيح الخطأ لدى الطفل الذاتوى كشفت النتائج أنه لا يستطيع تصحيح الأخطاء التى تظهر نتائجها للآخرين أو التى لا تظهر نتائجها للآخرين . بينما الفصامى يصحح الأخطاء التى تظهر نتائجها للآخرين .

( ل ) الشذوذ الفسيولوجى :

من الملامح المرتبطة بشذوذ فسيولوجى شرب السوائل بكثرة وعدم انتظام النـــوم والأكـــل وعـــدم استقرار وزن الجسم زيادة أو نقصانا ، أيضا هناك علامات اضطراب الجهاز العصبى المســـتقل Autonomic Nervous System قد تلاحظ أحيانا ( العرق وعدم انتظام التنفس وسرعة نبض القلب ) .

( م ) النوبات التشنجية فى الذاتوية :

دراسة قام بها Volkmar & Nelson 1990 للتعرف على النوبات التشنجية فى الذاتوية حيث أشارت العديد من التقارير أن الأفراد الذاتويين عرضة أكثر من غيرهم لحدوث هذه الاضطرابات التشنجية خاصـــة فى المراهقة طبقت الدراسة على ١٩٢ فردا ذاتويا تم فحصهم لمعرفة معدل تكرار النوبات التشنجية ولوحظ أن :

(١) ٢١ % من الحالات ظهر لديهم اضطرابا تشنجيا .

(٢) أن هذه الاضطرابات التشنجية أكثر شيوعا لدى الأفراد ذوى معدل الذكاء المنخفض .

(٣) إن خطر حدوث هذه النوبات التشنجية يزداد خلال مرحلتى الطفولة المبكرة والمراهقة المبكرة .

( ن ) المهارات الخاصة أو الفائقة ( Savant Skills ) :

يستطيع بعض الأطفال الذاتويين ، حتى سن مبكر ، أن يغنوا بطريقة جيدة وقليل منهم يستطيع أن يعزف على إحدى الآلات الموسيقية . كما أنه هناك عدد أقل منهم يستطيع أن يؤلف الموسيقى ، وعادة يستطيع هؤلاء الأطفال أن يتعلموا استخدام الأرقام اسهل من تعلمهم الكلمات وبعضهم قادر على حســـاب أرقام كبيرة فى ذهنهم بسرعة هائلة . وكثيرا ما يحبون اللعب الميكانيكية ويستطيع بعضهم أن يتعلـــم تشـــغيل الراديو وجهاز تشغيل الاسطوانات قبل أن يتمكنوا من الكلام بوقت طويل ( نادية أديب ١٩٩٣ ص ١٦ – نوال سامى شحاته ١٩٩٧ ص ٣٧ ) ، وقد يظهرون مهارات خاصة فى الذاكـــرة البصريـــة أو اللفظيـــة أو المهارات التركيبية Wing & Ettwood 1987 . وتشير Howlin,-P 1998 إلى أن الكثير منهم يمكنهم توظيـــف تلك القدرات والمهارات جيدا أو التأقلم مع المجتمع المحيط ومع ذلك فالقليل منهم ينجحون فى التغلب تمامـــا على إعاقاتهم ، وعمليا سوف يظل كل الأفراد متأثرين بدرجة معينة مدى حياتهم نتيجة لاضطرابات الذاتوية .

(هـــ) المثيرات فوق الانتقائية Stimulus Overselectivity :

عديد من الأفراد الذاتويين لديهم انتباه ضيق أو مركز المدى Narrow of Focused Attention Span وهو ما أطلق عليه المثيرات فوق الانتقائية لأن انتباههم يركز أساسا على شيء واحد ليس له غالبـــا علاقـــة بالموضوع أو يمثل جانب من الموضوع على سبيل المثال يركز على لون الوعاء ويتجاهل النواحي الأخرى ويمثل هذا الشكل يكون من الصعب عليه أن يميز بين الشوكة والملعقة فالتوجه فقط للألوان . وحيث أن الانتباه

هو المرحلة الأولية لمعالجة المعلومات فأنه يفشل فى الارتباط بالنواحى الهامة للموضوع أو للشخص مما يحد من قدرته على التعلم عن الموضوعات وعن الناس فى بيئته ( Howlin,-P 1998 ) .

٢ – المجموعة السلبية The Passive Group :

الأطفال والبالغين فى هذه المجموعة باستثناء الحصول على احتياجاتهم لا يظهرون ميول اجتماعية تلقائية ولكنهم يقبلون محاولات الاقتراب التى تتم بواسطة الآخرين دون احتجاج أو إظهار السرور أو الاستمتاع ، حيث يمكنهم الانضمام إلى لعب وأنشطة جزئية بواسطة الآخرين مع قدرة على التوافق مع ألعاب الآخرين دون فهم كامل ، والكلام لدى هذه المجموعة أحسن نموا من أطفال العزوف الاجتماعى ولكنهم يظهرون شذوذا مميزا ونقصا فى التواصل مع الأشخاص الآخرين ، بعض الذاتويين لديهم مفردات لغوية وأحيانا قواعد لغوية جيدة خاصة مع طول الكلمات واتساق الجملة ، إلا أن المحتوى فى الغالب متكرر ويتعلق بمدى ضيق من الموضوعات (مثال لطفل ذاتوى قال : أنا أود أن أشكرك لضيافتك التى أعطيتها لى خلال فترة بعد الظهر وأشكرك على كوب الشاى ) ويلاحظ غياب اللعب التخيلى وقد يوجد توافق بسيط مع أنشطة الأطفال الآخرين .

هناك نواحى أخرى لصور الذاتوى نجدها لدى المجموعة الأولى ( العزوف الاجتماعى ) ولكنها أقل بروزا ووضوحا خاصة بعد السنوات المبكرة ، فالحركات النمطية والاستجابات الغريبة للمثيرات الحسية والشذوذ الفسيولوجى أقل ما يمكن وقد يغيب . كما أن الأفراد الذين لديهم روتينات متكررة يظهرون مقاومة أقل للتدخل ، وبشكل عام يمكن القول أن هذه المجموعة تميل للتصرف بشكل أفضل والتعامل بشكل أيسر من المجموعتين الأخرتين ، فهم أحسن فى المهارات البصرية الفراغية من المهارات اللفظية مع أن بعضهم لديه فقر فى التحكم فى المهارات الحركية المعتمدة على العضلات الكبرى .

الألمع من الذاتويين السلبيين بسبب مهاراتهم المفيدة يمكنهم الاندماج إلى حد معقول فى الدراسة مع الأطفال العاديين ، ورغم سلوكهم المقبول بشكل عام يمكن أن تصبح هذه المجموعة صعبة فى فترات الضغط خاصة فى فترة المراهقة .

٣– المجموعة النشطة ولها تصرفات غريبة The Active-But-Odd Group :

هذه المجموعة تتضمن الأفراد الذين يقومون بتصرفات تلقائية تجاه الآخرين ولكن بشكل غريب ومن جانب واحد ، وهؤلاء الأفراد يبحثون عن الاندماج بواسطة الكلام للشخص الآخر أو بأسئلة يوجهونها ، محاولات الاقتراب من الآخرين لا تتم من أجل الانبساط أو الحصول على معلومات أو للتعرف على الشخص الآخر ، هذه المحاولات النشطة قد تكون ثابتة وقد يصاحبها تعلق جسمانى بالآخر ( الشعبطه فى رقبة من يحدثه ) لدرجة أنها تكون غير مرغوبة من الآخرين ومزعجة لهم .

كلام الطفل الذاتوى من هذه المجموعة يميل لأن يكون افضل من المجموعتين الأخرتين ولكن التأخر فى الكلام ونفس الشذوذ كما وصف سابقا يوجد عادة لدى هذه الفئة ، يمكن لهذه المجموعة استخدام قواعد نحوية صحيحة كما يكون لديهم مجموعة كبيرة من الألفاظ ، وما يميز هذه المجموعة التكرار والإطالة حتى بالنسبة لأحسن المتحدثين منهم هذا بالإضافة للتفسيرات الحرفية للكلمات .

قد يوجد غياب للتلميحات الوجهية خاصة التى تشير للمشاعر والانفعالات كما قد يوجد حركات غير مناسبة ومبالغ فيها بالوجه واليدين عندما يتكلمون ، والكثيرون منهم لديهم سلوكيات مترددة ونمطية ولعب تظاهرى مثل البناء وإعادة البناء بنفس النظام المتخيل للطرق والكبارى أو التظاهر بأن يكون حيوان أو شئ غير حى مثل القطار والتليفزيون ( Wing & Attwood 1987 ) .

ثانيا : طبيعة الأعراض فى ضوء الأداء الوظيفى :

تقول "دى ماير " ١٩٧٩ أن حالة الذاتوية تظل ( مهما اختلفت شدتها ) على بقائها داخل أعماق شخصية الطفل فى أبعاد ثلاثة على الأقل :

أ – اضطراب حاد فى علاقة الطفل بالآخرين .

ب – اضطراب حاد فى لغة الكلام .

ج – ظهور أنماط التعامل غير الوظيفى بالرغم من ارتقاء المهارات الجزئية .

فالنمط الأول يمثل مجموعة الأطفال الذاتويين ذوى المستوى الوظيفى الراقى ، أما النمط الثانى فيمثل مجموعة الأطفال الذاتويين ذوى المستوى الوظيفى المتوسط ، أما النمط الثالث فيمثل مجموعة من الأطفال الذاتويين ذوى المستوى الوظيفى الضعيف .

ويلاحظ أن الفرق بين المجموعات الثلاثة هو الفرق فى شدة الانسحاب أى البعد (أ) وشدة الاضطراب اللغوى أى البعد (ب) وشدة الاضطراب فى التعامل غير الوظيفى أى البعد (ج) ( أيمن جيره ١٩٨٤ ص . ص ٨٧–٨٨ ) . وفيما يلى شرحا لهذه الأنماط :

أ – النمط الأول ( الذاتوى فائق الأداء الوظيفى ) :–

يظهر بين أطفال هذه المجموعة أكبر قدر ممكن من عمليات التفاعل الوظيفى فى العناصر الثلاثة السابقة فمثلا ( فى مجال علاقة الطفل بالآخرين أى البعد الاجتماعى فلا يزال يظهر فى محيط سلوك الطفل الانسحابى وعزلته عن الآخرين بعض أنواع السلوك الاجتماعى الطبيعى أو ما يسمى باصطلاح أخر " الجزر " Islets بعبارة أخرى – شخصية انسحابية مع خليط من اللغة التواصلية وغير التواصلية ) وقد سبق أن أطلق على هذا النمط اصطلاح " الفصام " لاختلافه عن النمط الذى وصفه " كانر " فى بداية الأمر وأسماه " بذاتوية الطفولة المبكرة " ، إلا أن ( كولفين ١٩٧١ ) كتب ما يؤكد عن عدم تطور الحالة إلى فصام البالغين فيما بعد ( أيمن جيره ١٩٨٤ ص . ص ٨٧–٨٨ ) ومن الدراسات التى ركزت على الذاتوى فائق الأداء الوظيفى دراسة

قام بها Szatmari et al 1990 للتعرف على الملامح العصبية المعرفيـــة Neurocognitive Aspects للزمـــة اسبرجر والذاتويه وذلك على عينة مكونة من ٢٨ طفل ٢٣ ذكور و ٥ إناث بمتوسط سن ١٤ ســـنة كمـــا تراوحت أعمارهم ٨ – ١٨ سنة وهدفت الدراسة إلى مقارنة القصور العصبى المعرفى للمصابين بلزمة اســبرجر والذاتويين مرتفعى الأداء الوظيفى ومجموعة ضابطة من الأطفال المعوقين اجتماعيا ، وقد كشفت النتائج وجود اختلاف بسيط بين مرضى الذاتوية ذو الأداء المرتفع ومجموعة اسبرجر بينما وجد اختلاف كبير بـــين هـــاتين المجموعتين ومجموعة المعوقين اجتماعيا وذلك على مقاييس التحكم الحركى والفهم اللغوى والتعرف الوجـــهى لصالح المعوقين اجتماعيا . كما كشفت النتائج أيضا أن جوانب القصور تتفاوت طبقا لمستوى النمو ، هذه النتائج تشير إلى أن الإعاقات العصبية المعرفية توجد دائما لدى الأطفال المصابين باضطرابات تشوه النمو .
دراسة أخرى أشارت إلى وجود اختلاف بين الذاتوى والذاتوى ذو الأداء الوظيفى العالى High Functioning Autism ويتضمن الاختلاف مقدرة إدراكية أكبر ولغة طبيعية أكثر وتفاعل اجتماعى أفضل مـــع ميـــل نحـــو التخصص ودلائل أكبر فى تقدم الحالة نحو الشفاء Reed,-Vicki 1996

ب – النمط الثانى ( الذاتوية متوسطة الأداء الوظيفى ) :–

يشتد بين أطفال هذه المجموعة درجة الانسحاب ويزداد انتشار اللغة غير التواصلية أو العجـــز عـــن الكلام إلا أنها تشترك مع المجموعة الأولى فى البقاء على بعض المهارات ( الجزئية ، عقلية ، وحركية ، وإدراكية ) والتى تشابه أو تفوق نظيرتها بين الأطفال العاديين من نفس العمر الزمنى ، ولهذا السبب يرى الأخصائيون أن ذكاء الطفل الذاتوى (والمقصود به فى النمطين الأول والثانى ) قريب الشبه بشكل عام من ذكاء الطفل العادى ( أيمن جيره ١٩٨٤ ص ٨٨ ) .

ج – النمط الثالث ( الذاتوية منخفضة الإداء الوظيفى ) :–

يعجز الطفل الذاتوى فى هذه المجموعة عن إظهار أى نوع من أنواع النشاط العقلى أو الحركـــى أو الادراكى المناسب للفئة العمرية التى يحتلها فيما عدا ( المشى وصعود السلم ) ، ولكن مستوى ذكائه يشابه أقل فئات الضعف العقلى ، ويشترك بدرجة أشد فى باقى صفات العجز كالانسحاب واللغة الذاتية غير التواصلية مع المجموعتين الأولى والثانية ويعتبر الأطفال الذاتويون غير شواذ فى القدرات العقلية بســبب حالـــة الجـــهاز الحركى السليمة نسبيا ، وتفوق بعض المهارات الجزئية لديهم ( ويعرف أيمن جيره مصطلح المـــهارة الجزئيـــة Splinter Skill بأنه ظهور أى حالة من المهارات بشكل أفضل من غيرها من المهارات الأخرى نسبيا ) ( أيمـــن جيره ١٩٨٤ ص ٨٨ ) .
دراسة قام بها Bacon et al 1998 للتعرف على شعور الأطفال الذاتويين بالضيق مـــن الآخريـــن بالمقارنـــة بمجموعة من المصابين باضطراب اللغة النمائى Developmental Language Disordered وذاتويـــين ذو أداء وظيفى مرتفع High-Functioning Autistic وذاتويين ذو أداء وظيفى منخفض Low-Functioning

Autistic ومتخلفين عقليا Mentally Retarded كشفت النتائج عن قصور اجتماعى طفيف لدى مضطربى نمو اللغة مقابل قصور اجتماعى واضح لدى الذاتويين ذو الأداء المنخفض أما المتخلفين عقليا والذاتويين ذو الذكاء المرتفع فقد أظهروا وعيا حسنا بكل المواقف وأن كان من النادر أن يبادروا بسلوك قبل اجتماعى Prosocial Behavior وكانت السمة المميزة لمجموعتى الذاتوية نقص المرجعية الاجتماعية وعدم الميل للنظر تجاه الراشد فى وجود مثير محير غير مألوف .

### ثالثا : الأعراض المستقرة والأعراض والمتغيرة :

أجريت العديد من الدراسات التتبعيه للتعرف على الأعراض المستقرة والأعراض المتغيرة مع تطور الفرد ونموه ومن بين هذه الدراسات دراسة قام بها Freeman et al 1985 والتى هدف منها التعرف على ثبات المحكات المعرفية واللغوية وذلك على عينة مكونة من (٦٢) مريض ذاتوى تم تتبعهم لمدة خمس سنوات وطبقت عليهم مقاييس تتبعيه معرفية كل عام وكشفت النتائج عما يلى :

١-أن أغلب الأفراد ٧٧% تم تسجيلهم فى حدود التخلف على المقاييس المعرفية .

٢-ظلت الدرجات على الاختبارات المعرفية ثابتة لمدة خمس سنوات ، ثمانى أفراد فقط من (٦٢)بنسبة ٩ر١٢% تغير معدل الذكاء الخاص بهم .

٣-الدرجات المبدئية المحددة للوضع التعليمى المستقبلى ظلت مستقرة ، سبعة فقط من (٦٢)بنسبة ٣ر١١% غيروا الفصل الخاص بهم بعد التقييم المبدئى .

٤-لوحظ أن القياسات اللغوية توازى فى ثباتها القياسات المعرفية .

ويشير الباحثون إلى ضرورة تركيز الجهود التعليمية على المهارات الاجتماعية واللفظية والمعيشية وتحسين السلوك لأن ذلك سوف يحسن من حياة الأشخاص الذاتويين ؛ وفى دراسة أخرى قام بها Rumsey et al 1985 وذلك على (١٤) رجل متوسط أعمارهم ٢٨ سنة ، تم تشخيصهم فى طفولتهم كذاتويين وتم تتبع إعاقاتهم المختلفة ولوحظ استمرار الإعاقات الاجتماعية والحركات الأسلوبية المتكررة والتفكير العيانى ولم يظهر لدى أى منهم أعراض الفصام ، كما لوحظ تبلد الوجدان والقلق العام والاستخدام الغريب للغة وفقر الكلام بنسبة من ٤٠-٥٠% ، وتشير هذه النتائج إلى أن الأعراض يمكن أن تصبح أقل شدة من الاضطراب الأصلى ، وفى دراسة ثالثة قام بها Snow et al 1987 توصل إلى نفس النتائج السابقة حيث أشارت إلى وجود درجة من الثبات النسبى فى قصور الجوانب الإدراكية واللغوية والحركية والاجتماعية التى تم قياسها،وفى دراسة أخرى قام بها Mesibow et al 1989 للتعرف على تغير بعض سمات الذاتوية خلال نمو الفرد ، فقد تم تتبع عينة مكونة من (٨٩)فردا تم قياسهم قبل (١٠)سنوات ثم (١٣)سنة للتعرف على احتفاظهم بالدرجة المرضية للذاتوية مع النمو ، من بين ٥٩ تم تشخيصهم كذاتويين قبل عشرة سنوات ٩٢% تم تشخيصهم كذاتويين بعد ١٣ سنة ، وكشفت النتائج أن أكثر الجوانب تغيرا هى القدرة على المحاكاة والتكيف مع البيئة أما العلاقات مع الآخرين فلم تظهر أى تحسن بمرور الوقت كما كشفت أيضا أن مستويات النشاط التى كان يصعب تعديلها فى العلاج

عدلت فى المراهقة مع السن ، وهذه النتيجة تناقض ما أشار إليه راتر ١٩٧٠ وونج ١٩٨٠ كمـــا تشـــير إلى استمرار قصور المهارات الاجتماعية وتوضح الحاجة إلى تدريب أكثر على هذه المهارات ، دراسة أخرى أشارت Eaves & Ho,-Helena 1996 أن معدل الذكاء IQ مستقر فى الذاتوية وذلك على عينة تراوحـــــت أعمارها من ٧ – ١١ .

قدم Sigman,-Marian 1998 عرضا لدراسة طوليه لـــ ٧٠ طفل ذاتوى و ٩٣ طفل لديهم لزمـــة داون Down Syndrome و ٥٩ طفل لديهم تأخر فى النمو و ١٠٨ طفل ممن ينمـــــون بشـــكل نموذجـــى وتراوحت أعمارهم من ١–٥ سنوات ، غالبية هؤلاء الأفراد تم تقيمهم بعد سنة وتم متابعة ٩٤% منهم لمدد تراوحت من ٨–١٢ سنة لاحقة ، وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الذاتويين لديهم ثبات فى قصور الانتبـــــاه التواصلى واللعب التظاهرى والاستجابة العاطفية للآخرين ، كما كان للتفاوت فى القدرات فى سن مبكر دورا هام فى نمو اللغة والانخراط مع رفاق المجموعة بعد ذلك لعدة سنوات .

رابعا : طبيعة الأعراض فى ضوء المرحلة العمرية :

(أ ) فترة الرضاعة :

إن بعض الأطفال من سيصبحون ذاتويين فيما بعد يبدو نموهم طبيعيا لفترة من الوقت فـــلا يلاحـــظ أبواهم عليهم أى شئ غير عادى فى السنة الأولى أو الثانية من عمرهم ، بينما يسبب البعض الآخر للأهل قلقـــا منذ لحظة مولدهم تقريبا . فبرغم أن بعض هؤلاء الأطفال قد يأكل بصورة حسنة ، إلا أن مشاكل إطعام صغار الأطفال الذاتويين تعد من المشكلات الشائعة .

ويبدو أنه من بين الأطفال الذين يبدون غير طبيعيين منذ لحظة مولدهم ، هناك نوعان من الأطفال الذاتويــــين فبعضهم يصرخ كثيرا أثناء الليل والنهار على حد سواء ، وبالذات عند استيقاظهم من النــــوم ، ولا يمكـــن تهدئتهم أو إراحتهم . وقد يكون الخروج بهم فى عربة الأطفال أو فى السيارة هو السبيل الوحيد لإيقافهم عـــن البكاء وعادة ما يبدأ البكاء ثانية عند توقف الحركة، وقد يكون الطفل متصلبا وصعب احتضانه ، كمـــا قـــد يقاوم جميع الأشياء ، بما فى ذلك الاستحمام وارتداء الملابس والغيار له ، أما النوع الثانى من الأطفال فيكون ساكنا وغير متصلب ويقنع بالبقاء فى عربة الأطفال طول اليوم ، وأحيانا ما تشعر الأمهات أن الطفل من هـــذا النوع لا يعرف أنه جائع حيث أنه لا يبكى أبدا طالبا للطعام ويمكن أن يموت جوعا إذا لم يتم إطعامه فى مواعيد روتينية ثابتة ، ومن أكثر ما تلاحظه الأمهات هو أن الطفل الذاتوى لا يرفع ذراعيه أبدا أو يعد نفسه لأن يحمله أحد ، وعند حملهم لا يستكينون بشكل مستريح بين ذراعى أمهاتهم ، ويظل بعض الأطفال الذاتويين فى عربـــة الأطفال يخربشون الغطاء أو ينقرون عليه لفترات طويلة من الوقت ، والبعض الأخر يارجحون أجســــامهم أو يخبطون رؤوسهم عند تركهم وحدهم .

وقد يجذب هؤلاء الأطفال الأضواء أو أى شئ أخر يلمع ويبرق ، وهم لا يمدون أنفسهم خارج عربة الأطفال فى فضول لينظروا إلى الناس والحيوانات ، وحركة المرور بجانبهم ، كما لا يحاولون جذب انتباه أمهاتهم

إلى هذه الأشياء عن طريق إصدار أصوات تعبر عن الإثارة ، وهذا النوع من عدم الاهتمام يجعل الأباء يتساءلون عما إذا كان طفلهم شديد الإعاقة الذهنية ، إلا أنهم عادة لا يتقبلون هذا الاحتمال لأن الأطفال الذاتويين عادة يبدءون فى الابتسام وظهور الأسنان والحبو والمشى فى العمر المعتاد لهذه الأشياء ، كما أنهم يزدادون فى الوزن بشكل طبيعى بمجرد التغلب على مشاكل إطعامهم الأولى . (نادية أديب ١٩٩٣ ص. ص ٥-٧ ، ونوال سامى شحاته ١٩٩٧ ص. ص ٣٢-٣٣ ) .

(ب) فترة الطفولة :

يظهر السلوك الذاتوى فى هذه المرحلة فى أوضح صورة ، ويبدو صغار الأطفال الذاتويين ، وخاصة أولئك الذين لا يعانون من أية إعاقة أخرى قد تؤثر فى مظهرهم ، فى صحة جسمانية جيدة وكثيرا ما يكونوا جذابين للغاية ، وتكون عيونهم واسعة ولا تنظر مباشرة للآخرين ، ويبدو سلوكهم متباعدا وغير متأثر بالعالم من حولهم ، حيث يتركز اهتمامهم على أشياء خاصة مثل حصاة ناعمة أو علبة فارغة ، فإذا ضاع هذا الشيء أو تغير الروتين المألوف لهم ، يصبح هذا الطفل الهادئ المتباعد كتلة من الغضب حتى تستنفذ صورة غضبه بنفس السرعة التى بدأت بها ( نوال سامى شحاته ١٩٩٧ ص .ص ٣٢-٣٣ ) ( نادية أديب ١٩٩٣ ص . ص ٥-٧ ) (وذلك بالإضافة إلى الأعراض السابق الإشارة إليها) ، ومن الدراسات التى هدفت التعرف على خصائص أداء أطفال هذه الفئة على استخبار ايزنك لشخصية الأطفال بالمقارنة بالأسوياء دراسة عمر بن الخطاب ١٩٩٧ وقد شملت عينة الدراسة مجموعتين الأولى من المصابين بالذاتوية والثانية من الأطفال الأسوياء وتتكون كل منهم من ٢٤ طفلا وطفلة واحدة وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال المصابين بالذاتوية وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠٠١, كما كشفت الدراسة أيضا عند المقارنة بين الأطفال الذاتويين والأسوياء عن وجود فروق دالة عند مستوى ٠٥, على مقياس العصابية .

(ج) مرحلتى المراهقة والرشد :

لاحظ كانر وجود تغير ملحوظ لدى الغالبية العظمى من الذاتويين فى فترة المراهقة فقد لوحظ على البعض أنهم أصبحوا يدركون جيدا تفردهم وبدءوا فى بذل مجهودات من أجل تطوير وتحسين تفاعلهم الاجتماعى مع نظرائهم وأصبح بإمكانهم أن يظهروا ما يعبرون به عن بعض أفكارهم حتى الوسواسية منها بينما أشار سبرجر إلى التباين الشديد فى الآثار المترتبة على الإصابة بالذاتوية فمن يعانى منهم من صعوبات فى التعلم وانخفاض فى مستوى القدرة العقلية يكون مصيرهم محزن للغاية أما الأفراد الذين أحرزا مزيدا من التقدم فى مستوى المهارات التى يؤدونها يمكن أن يحققوا تقدم فى حياتهم بعد ذلك وضرب نماذج لاستاذ فى الفلك أو محاسب أو تكنولوجى أو كيميائى فهو يؤكد على إمكانية وصول هذه الفئة إلى مراكز بارزة كما يمكنهم أداء عملهم بنجاح خاصة الذاتوى ذو الأداء المرتفع .

أما عن أهم المشكلات المستمرة لدى هذه الفئة فهى مشكلات اللغة والتواصل فحوالى ٣٠% تقريبا يستخدمون اللغة بشكل مفيد حتى بين هؤلاء الذين تعلموا الكلام والتحدث ، كما ذكر سزاتمارى وآخرون Szatmari et al 1989 أن ثلثى أفراد العينة التى قام بدراستها من الشباب الصغار استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة غير العادية ( نقلا عن محمد على كامل ١٩٩٨ ص . ص ٣-٣٢) ويذكر عثمان فراج أن ١٠% على الأقل من الذاتويين يمكنهم تحقيق قدر معقول من الاستقلالية والاعتماد على النفس إلا أن الأغلبية العظمى يعيشون فى عجز تام فى عالمهم الخاص مع الحاجة للرعاية المستمرة ، كما يعلنون عزلة تامة وانغلاق على أنفسهم مع عدم القدرة على التعبير عن مشاعرهم ( عثمان فراج ١٩٩٥ ص ٢ عدد ٤٤) ، وفى دراسة قام بها Nordin & Gillberg 1998 بهدف مراجعة المعلومات المتعلقة بمراهقة ورشد الأشخاص الذين شخصوا بالذاتوية ، وكشفت نتائجه أن غالبية هؤلاء الأطفال يظهرون إعاقات اجتماعية أو طب نفسية طوال حياقم على الرغم من التحسن الذى ظهر على الأفراد ذو الأداء المرتفع الذين تمكنوا من العيش فى حياة مستقلة خلال مرحلة الرشد . وقد أشار الباحث إلى أهمية مستوى التخلف العقلى فى التنبؤ بالمحصلة النهائية لتطور هؤلاء الأشخاص فعندما يقل الذكاء عن ٥٠ درجة فإن ذلك يشير إلى تقيد الوظيفة الاجتماعية والتكيفية طوال حياقا الراشدة ، كذلك فإن غياب الكلام التواصلى خلال سن ٥-٦ سنوات يعد مؤشرا هاما لتطور فقير طويل الأمد ، كما أن القياسات الخاصة بالمرونة وقدرات التحول المعرفى تعدو منبآت جيدة للتقدم الاجتماعى لهؤلاء المرضى .

يلاحظ أن أغلب البالغين فى هذه الفئة ينغمسون بصورة ما بشكل من أشكال السلوك الجنسى وأن ممارسة العادة السرية هى الأكثر شيوعا كما أن هناك أيضا علامات تهيج جنسى واضحة للشخص بالسلوك الجنسى Sexual Behavior ( Van-Bourgondien et al 1997) .

خامسا : الأعراض المصاحبة لاضطراب الذاتوية :

يلاحظ أن الطفل الأصغر أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض المصاحبة أكثر وقد تشمل :

١ - شذوذ فى نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام وفى معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلى غالبا متوسط الدرجة ، أى أن معامل الذكاء (٤٩-٣٥) .

٢ - شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشى على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركى .

٣ - الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض الاحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة ) ، بينما يظهرون حساسية مفرطة لاحساسات معينة ( مثل قفل الأذنين تجنبا لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحد )، وأحيانا يظهر انبهار ببعض الاحساسات ( مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح ) .

٤ - شذوذات فى الأكل والشرب والنوم ( مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ المتكرر ليلا المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضبط الرأس ) .

٥ – شذوذات الوجدان مثل التقلب الوجداني ( أى الضحك أو البكاء دون سبب واضـــح ) ، والغيـــاب الظاهرى للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات أو أحداث غير مؤذية والقلق العام والتوتر .

٦ – سلوك إيذاء النفس مثل خبط الرأس بعنف أو خلع الشعر أو عض الإصبع أو اليـــد وإيذائـــها دون أن يتألموا .

٧ – الأسلوبية والنمطية وتغيير ملامح الوجه شائعة عندما يترك الطفل وحيدا ، وقد تقل فى المواقف المرتبة .

٨ – يقاوم الذاتويون التغير فى المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغيير هلع أو انفجارات مزاجية.

٩ – كثيرون منهم يستمتعون بالموسيقى ويغنون ، وبعضهم يستمتع بتنبيه الاتزان مثل المرجحة أو الهز لأعلـى وأسفل .

١٠– فرط الحركة مشكلة شائعة لدى الذاتويين الصغار ، بينما نقص الحركة أقل شيوعا وحين يوجد فإنه يتناوب مع فترات من فرط الحركة .

١١– العدوان والانفجارات المزاجية تلاحظ دون سبب .

١٢– قصر مدى الانتباه .

١٣– تشيع لدى الذاتويين أعراض البوال الوظيفى والتغوط ومشكلات الأكل والأرق .

١٤– وبعض الذاتويين توجد لديهم قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة بدرجة غير عادية ، وتعد وظائف منشقة أو جزر من النضج المبكر مثل الذاكرة غير العادية للحن موسيقى أو القدرة الحسابية الفائقـة ، وأحيانا تكون الطلاقة اللغوية الفائقة فى القراءة (Hyperlexia) ( برغم أنهم لا يفهمون ما يقرءون ) .

وقد يصاحب اضطراب الذاتوية اضطرابات نفسية أخرى مثل نوبة اكتئاب عظمى فى المراهقة أو الحياة البالغـة (محمود حمودة ١٩٩٨ ص . ص ١٤٦–١٤٨ ) .

### وظيفة العرض فى الذاتوية :

إن الدراسات التى تناولت التحليل الوظيفى للأعراض كما فى تحليل وظيفة العدوان لدى الطفل الذاتوى Kavon & McLaughlin 1995 ودراسة Dawson et al 1998 التى حللت ثلاثة سلوكيات غـــير متكيفة Maladaptive Behaviors هى سلوك إيذاء الـــذات Self-Injurious والأســـلوبية Stereotypies والعدوانية Aggression وذلك على ثلاث مجموعات ، الأولى تعانى من الاضطراب المشوه للنمو غير المصنـــف Pervasive Developmental Disorder, not Otherwise Specified والتخلف العقلـــى البـــين Profound Mental Retardation تتراوح أعمارهم من ٢٢–٥٨ سنة ، ومن خلال بحث وظيفة كل سلوك فى المجموعات الثلاثة تبين أن العدوان يحافظ أساسا على الانتباهيه Attentional بينما الأسلوبية كانت لأسباب غير اجتماعية ، ولم توجد وظائف محددة خاصة بسلوك إيذاء الذات ، وهذه النتائج تشير إلى ارتباط الوظيفة غير التكيفيـــة بسلوك غير تكيفى .

# مشكلة التشخيص

تعتبر عملية التشخيص من أكثر العمليات صعوبة فى الذاتوية ويرجع السبب إلى التباين فى الأعـواض من حالة إلى أخرى ولأن بعض الأطفال قد نجد فى سلوكياتهم أو خصائص وسمات شخصيتهم بعضا من سمـات الذاتوية على الرغم من أنهم ليسوا كذلك ويمكن تحديد أهم هذه الصعوبات من خلال ما يلى :-

١ – أن أكثر العوامل المسببة للذاتوية تلف أو إصابات فى بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبى وهو أكثر أعضاء جسم الإنسان تعقيدا بوصفه المسيطر على كافة الوظائف الجسمية والعقلية والنفسـية والسلوكيـة والانفعالية للإنسان . ورغم التطور فى الطب والتشريح وفسيولوجيا المخ والجهاز العصبى لا زال أمام العلم الكثير اللازم معرفته فى هذا المجال .

٢ – من العوامل التى تزيد صعوبة التشخيص أن نمو الطفل مع التقدم فى العمر الزمنى قد يصاحبه تغير فى شدة بعض الأعراض واختفاء البعض الأخر .

٣ – أن بعض الأعراض التى حددها الدليل الدولى للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعى الدقيق بل تعتمد على الحكم أو التقدير الذاتى مثل القدرة على تكوين علاقات اجتماعية .

٤ – عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة .

٥ – مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى الذاتوية فى بعض الأعراض كتأخر الكلام وصعوبات التخاطب أو التخلف العقلى إلى أخر ذلك من الاضطرابات التى تتداخل أعراضها مع أعراض الذاتوية .

( عثمان فراج ١٩٩٦ – العدد ٤٦ – ص . ص ٣-٦ ) .

هذه الصعوبات قد دعت الباحث إلى تناول تشخيص الذاتوية من خلال عرض تاريخى يوضح تطور محكـات التشخيص بداية من ظهور المفهوم على يد كانر وحتى ظهور الإصدار الرابع للدليل الإحصـائى لتشـخيص الأمراض العقلية ( DSM4 )

## أولا : معايير كانر ١٩٤٩

حدد كانر بعض المعايير لتشخيص حالات الذاتوية عام ١٩٤٩ للحكم على الحالة وهذه المعايير هى :

١ – سلوك انسحابى انطوائى شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين .

٢ – التمسك الشديد لحد الهوس بمقاومة أى تغيير فى الملبس أو المأكل أو السلوك أو عناصر البيئة المحيطة من حيث ترتيب الأثاث وغيره أو فى روتين الحياة اليومية .

٣ – مهارة غير عادية فى الارتباط بالأشياء والتعاطف معها فى نفس الوقت الذى لا يبدو عليه ارتباط أو انتماء إلى أى إنسان بما فى ذلك أبوية وأخواته .

٤ – رغم كل جوانب القصور التى تميز طفل التوحد أحيانا ما يأتى ببعض الأعمال التى تتميز بقدرات أو

مهارات غير عادية كتذكر خبره قديمة أو حادث أو صوت أو جملة (حتى ولو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها) أو يقوم بعملية حسابية صعبة أو يبدى مهارة فى الرسم أو الموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية لفترة وتنقضى .

٥ – حالات البكم أو ما يقرب منها أو قدرة لغوية غير مقصودة أو غير ذات معنى أو موضوع أو همهمه غير غير مفهومة لا جدوى منها فى تحقيق الاتصال مع الآخرين . ( عثمان فراج ١٩٩٦ – العدد ٤٦ ص . ص ٥ – ٦ ) .

ثانيا : قائمة كلانسى ١٩٦٩

قام كلانسى )Clancy 1969( بوضع قائمة مكونة من ١٤ ظاهرة واستنتج أن الطفل الذاتوى تنتابه ٧ ظواهر على الأقل والظواهر الـ ١٤ هى :-

١ – صعوبة فائقة فى الاختلاط مع الأطفال خلال اللعب .
٢ – التصرف كالأصم .
٣ – مقاومة شديدة للتعلم .
٤ – فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة .
٥ – مقاومة إعادة ترتيب الأشياء ، أو تغير روتينها .
٦ – تفضيل طلب الحاجيات بالإشارة .
٧ – الضحك والقهقهة بغير سبب .
٨ – فقدان المرح المعتاد ، لدى الأطفال .
٩ – يتميز بالاندفاع الدائم ، وبازدياد الحركة .
١٠ – لا يستجيب بالنظر إذا ما حدق به .
١١ – تعلقه بأشياء غير اعتيادية معينة .
١٢ – يبرم الأشياء .
١٣ – تكرار القيام بأعمال معينة دون طائل لفترة طويلة .
١٤ – لا يعير الانتباه لأحد . ( نقلا عن موسى شرف الدين بدون تاريخ ص . ص ١١٦-١١٧) .

ثالثا : الدليل الدولى التاسع ١٩٧٨

وردت الذاتوية الطفلية Infantil Autism لأول مرة فى الدليل الدولى الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٨ وذلك فى الدليل الدولى التاسع والذى شخص الذاتوية على أنها لزمه تبدأ بدرجات متفاوتة فى الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل حيث تكون استجابات الطفل للإثارات السمعية والبصرية غير طبيعية . وتوجد مشكلة فى فهم اللغة المنطوقة ، كما يتأخر الكلام . وإذا حدث تقدم فى وظيفة اللغة يظهر عرض تكرار الكلام والتركيب النحوى غير الصحيح مع عدم القدرة على استخدام الألفاظ فى مكانها . وبصفة

عامة لديه إعاقة فى استعمال التواصل الاجتماعى اللفظى وغير اللفظى وأكثر ما يميزه مشـــكلات التفـاعل الاجتماعى والتى تكون حادة قبل سن ٥ سنوات وتشمل إعاقة التواصل بـــالعين والارتباطـات الاجتماعيـة واللعب الجماعى كما يظهر فيه السلوك المتكرر على هيئة طقوس وبصورة روتينية غير طبيعية مع مقاومة التغير والارتباط بالغريب من الموضوعات مع الأسلوبية النمطية فى اللعب وتقل قدرة الذاتوى على تجريد الأفكـــار واللعب التخيلي ويتراوح الذكاء من النقص الشديد إلى حدود السواء أو أكثر من المتوسط ويكون أداؤه عادة أفضل فى المهام التى تتضمن الذاكرة ( WHO 1978 p. 33-34 ) .

رابعا : الدليل الإحصائى الثالث ١٩٨٠

أشار الدليل الإحصائى الثالث لتشخيص الأمراض العقلية الذى يصدره الاتحاد الأمريكـــى للأطبـاء النفسيين إلى الذاتوية مع شرح الأعراض التى يلزم توافرها وذلك على النحو التالى :-

١- ظهور الأعراض قبل حلول الشهر الثلاثين من عمر الطفل .
٢- قصور لغوى تام أو كبير أو اضطراب غير طبيعى فى الكلام فى حالات الأطفال الذين يكتسبون بعضا من القدرة على الكلام وبالتالى غياب القدرة على الاتصال بالبيئة الاجتماعية أو التعبير عـــن الانفعـالات والرغبات فى غياب القدرة على استخدام الرموز اللغوية وغير اللغوية .
٣- غياب الاستجابة للمثيرات الاجتماعية وتجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين أو تقليـــد ســلوكياتهم أو الانتماء إليهم أو الشعور بوجودهم أو التعرف عليهم أو التمييز بينهم ولعل أهم مظـــهر مـــن مظـاهر العزوف عن التفاعل والتواصل الاجتماعى هو تجنب الطفل الذى يعانى التوحد التقاء العيون أو النظر إلى عيون الشخص الذى يتحدث إليه من جهة وعدم قدرته على تفهم ما تعبر عنه عيـــون الآخريـــن مـــن عواطف ومشاعر وانفعالات .
٤- اندماج الطفل فى ممارسة حركات نمطية روتينية وتكرارها باستمرار لمدة طويلة من أن لآخر .
٥- غياب الأعراض المميزة لفصام الطفولة من هلوسة وسماع أصوات أو تخيلات غير واقعية Delusions and Hallucinations ( محمود حمودة ١٩٨٥ ص. ص ١٣٨-١٣٩ ، عثمان فراج ١٩٩٦ ص ١٦)

خامسا : الدليل الإحصائى الثالث المعدل ١٩٨٧

ظهر الإصدار الثالث المعدل ( DSM3R) ١٩٨٧ وفيه يشخص اضطراب الذاتوية إذا توافرت ثمان من المواصفات الست عشرة التالية على أن تشمل على الأقل اثنتان من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج) .

(أ) وجود إعاقة كيفية فى التفاعل الاجتماعى المتبادل كما يظهر فى واحدة مما يلى :

١–نقص ملحوظ فى الوعى بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء ولا يلاحظ كربهم أو همومهم ) .

٢–لا يبحث عن الراحة وقت التعب ، أو يطلبها بطريقة شاذة ( مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضا أو مصابا أو مجهدا ، يطلب الراحة بطريقة آلية .

٣–لا يحاكى الآخرين ( لا يقلدهم ) أو يحاكيهم بصورة مضطربة (مثل : لا يلوح مودعا – bye, bye ، أو التقليد الآلى للآخرين دون : علاقة بالموقف ) .

٤–لا يشارك فى اللعب الاجتماعى أو يكون شاذا ، ويفضل اللعب الفردى ، وإذا شارك الأطفال الآخرين فإنه يعاملهم كالآلات .

٥–خلل بارز فى قدرته على عمل صداقات مع الرفاق .

(ب) خلل كيفى فى التواصل اللفظى وغير اللفظى وفى النشاط التخيلى كما يظهر فيما يلى :

١– لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظى أو التعبير الوجهى أو الإيماء، أو التواصل الحركى .

٢– التواصل اللالفظى غير الطبيعى الملحوظ ، كما فى استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهى والوضع الجسدى أو الإيماءات لبدء تفاعل اجتماعى ( مثل : عدم الابتسام أو النظر للآخر عندما يقترب منه اجتماعيا ، لا يجل والديه أو الزوار ، وله حملقة ثابتة فى المواقف الاجتماعية ) .

٣– غياب النشاط التخيلى مثل لعب أدوار الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات ، ونقص الاهتمام بالروايات الخيالية .

٤– شذوذات ملحوظة فى طريقة الكلام شاملا ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع ( مثل : الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة ، أو بطريقة تشبه السؤال ، أو بصوت مرتفع ).

٥– شذوذات ملحوظة فى شكل ومحتوى الكلام ، وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة ( مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلى لإعلانات التليفزيون .) وسوء استعمال الضمائر ( مثل قوله – أنت عندما يود أن يقول – أنا – ) ، بالإضافة لاستخدام كلمات فى غير مواضعها .

٦– خلل ملحوظ فى قدرته على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود ظروف مناسبة للحديث.

(ج) النقص الملحوظ فى ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلى :

١- الحركات الآلية للجسم ( مثل : النقر باليد أو لف اليد فى حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو أرجحة الرأس ) .

٢- الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء ( مثل : شم الأشياء ) أو الارتباط بموضوع غير معتاد (شئ) (مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طول الوقت ) .

٣- الكرب الشديد عند حدوث تغير فى البيئة مهما كان طفيفا ، مثل تحريك فازة من مكانها المعتاد إلى آخر .

٤- الإصرار غير المناسب على اتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شئ ما .

٥-ضيق ملحوظ فى الاهتمامات والانشغال باهتمام واحد فقط .

(د) بداية الاضطرابات خلال الرضاعة أو الطفولة ، (وتحدد البداية إذا كانت بعد ثلاث سنوات أو قبلها ).

ملحوظة : ( تعتبر العلامة مرضية إذا كانت سلوكا شاذا بالنسبة لمستوى نمو الشخص ) . ( محمود حموده ١٩٩١ ص . ص ١٠٣-١٠٥) .

أجريت العديد من الدراسات لتقييم المؤشرات المتضمنة لهذا الدليل منها دراسة Siegel et al 1989 بهدف تقييم الدلالات المتضمنة للدليل الإحصائى الأمريكى الثالث المعدل DSM3R لاضطراب الذاتوية وذلك على عينة مكونة من ٦٠ حالة وقد أشارت النتائج إلى حساسية أثنين من الدلالات التشخيصية بنسبة ٨٢% وقدرتها التحديدية بنسبة ٨٩% .

دراسة أخرى قام بها Hertzig et al 1990 بهدف مقارنة مدى اختلاف تشخيص الذاتوية واضطرابات تشوه النمو فى الدليل الثالث DSM3 والثالث المعدل DSM3R وذلك على عينة مكونة من ١١٢ من مضطربى النمو فى سن ما قبل المدرسة الابتدائية ، وكشفت المقارنة بين التصنيفين عما يلى :

١-٥٨ حالة تم تشخيصهم كاضطراب ذاتوى بواسطة DSM3R مقابل ٣٠ حالة فى DSM3 .

٢-٢٣ ممن تم تصنيفهم فى الدليل الثالث على أنهم اضطراب تشوه نمو غير نموذجى تم تصنيفهم فى الدليل الثالث المعدل تحت الاضطراب الذاتوى .

٣-أن الأشخاص الذين شخصوا كذاتويين فى الدليل الثالث المعدل أكثر ممن كانوا يشخصون بها فى الدليل الثالث .

هذه النتائج تشير إلى وجوب الحظر عند استخدام النتائج المستحلصة من تصنيفات سابقة وهو الأمر الذى يفسر التضارب فى النتائج المتعلقة بالذاتوية .

سادسا : الدليل الدولى العاشر ١٩٩٢

أعطى الدليل الدولى العاشر ( ICD 10 )الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٢ قدر أكبر من التفصيل وذلك ضمن اهتمامه بالاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين بشكل عام وصنفها تحت عنوان اضطرابات ارتقائية منتشرة )Pervasive Developmental Disorders ( ووضعت باسم الذاتوية الطفلية Childhood Autism وتحددت المؤشرات التشخيصية على النحو التالى :

عادة لا تكون هناك مرحلة سابقة أكيدة من الارتقاء الطبيعى ، ولكنها أن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات . هناك دائما اختلالات كيفية فى التفاعل الاجتماعى المتبادل ، وتأخذ هذه الاختلالات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية ، كما يتضح فى فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين و/ أو عدم تعديل السلوك طبقا للإطار الاجتماعى ، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعى والعاطفى . كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية فى التواصل وقد تأخذ هذه شكل عدم الاستخدام الاجتماعى لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة ، خلل فى ألعاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعى وضعف المرونة فى التعبير اللغوى وفقدان نسبى للقدرة على الابتكار والخيال فى عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية واستخدام خاطئ للإشكال المختلفة من الإيقاع والتأكيد فى إيقاع التواصل ، وكذلك عدم استخدام الإشارات المصاحبة التى تساعد فى تأكيد أو توضيح التواصل الكلامى . كذلك تتميز الحالة بأنماط محدودة ونمطية ومتكررة ونمطية فى السلوك والاهتمامات والنشاطات . وقد تأخذ شكل الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومى ، وينطبق هذا عادة على النشاطات الجديدة كما ينطبق على العادات المألوفة وأنماط اللعب وفى الطفولة المبكرة على وجه الخصوص قد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية وان كانت تتميز بافتقادها للمرونة، وقد يصر الأطفال على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدى وظيفة بعينها ، وقد تكون هذه انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات مثل التواريخ أو الطريق أو الجداول الزمنية ، وكثيرا ما تكون هناك أنماط حركية ، واهتمام خاص بعناصر وظيفية فى الأشياء ( مثل تحريك التحف والأثاثات من مكانها فى بيت العائلة ) .

بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذاتويين كثيرا ما يظهرون نطاقا من المشكلات الأخرى غير المعنية مثل الفزع والخوف ، واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبى والعدوان وإيذاء النفس ( مثل عض الرسغ ) خاصة إذا كان هناك حالة من التخلف العقلى الشديد . أغلب المصابين بالذاتوية يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار فى شغل أوقات فراغهم ويجدون صعوبة فى تطبيق المفاهيم النظرية وعلى اتخاذ القرار فى العمل ( حتى إذا كانت المهام تقع فى إطار إمكاناتهم ) . أن المظاهر المحددة للعيوب التى تميز الذاتوية تتبدل عندما ينمو الأطفال ولكن العيوب نفسها تستمر حتى أثناء الحياة الراشدة على شكل نمط شبيه فى المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعى والتواصل وأنماط الاهتمامات ، ويجب أن تكون العيوب الارتقائية موجودة فى

الثلاث سنوات الأولى من الحياة لكى نستطيع أن نستخدم التشخيص ، الزملة يمكن أن تحدث فى كل المجموعات العمرية .

قد تصاحب الذاتوية كل مستويات نسبة الذكاء ، ولكن فى ثلاثة أرباع الحالات توجد درجة من التخلف العقلى . ( أحمد عكاشة ١٩٩٨ ص . ص ٦٢٤-٦٢٥ ) .

يرى الباحث الحالى أن هذا الدليل يستخدم خطوط إرشادية عامة وليست مواصفات محددة مما يسمح بقدر من الذاتية ، بالإضافة إلى محاولة التوفيق بين مندوبى الدول الأعضاء فى منظمة الصحة العالمية فظهر وكأنه محاولة لاستعراض الأعراض وليس دليلا للتشخيص .

سابعا : الدليل الإحصائى الرابع ١٩٩٤

ظهرت أخر الدلالات التشخيصية لاضطراب الذاتوية الطفلية باسم )Autistic Disorder( وذلك فى DSM4 1994 والذى أشار إلى الدلالات التشخيصية التالية للاضطراب الذاتوى :-

أ - مجموعة مواصفات من ستة أو أكثر من البنود (١) ، (٢) ، (٣) ، مع واحد على الأقل من كل من (١)، (٢) ، (٣) .

١- خلل كيفى فى التفاعل الاجتماعى كما يبدو فى اثنتان على الأقل مما يلى :

أ ) خلل واضح فى استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه فى تنظيم التفاعل الاجتماعى .

ب) الفشل فى تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو .

ج ) نقص البحث الذاتى للمشاركة فى الأنشطة المسلية أو الإنجازات مع الآخرين .

د ) نقص التبادل الاجتماعى أو العاطفى .

٢- خلل كيفى فى التواصل كما يظهر فى واحدة على الأقل مما يلى :-

أ ) تأخر أو نقص كامل فى نمو اللغة (غير مصاحب بمحاولات للتعويض من خلال طرق بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات ) .

ب) فى الذاتويين الذين لديهم كلام مناسب يوجد خلل فى بدء أو المحافظة على استمرار الحديث مع الآخرين .

ج ) الأسلوبية والاستخدام المتكرر للكلمات أو الجمل أو اللغة الذاتية .

د ) نقص اللعب التلقائى من تمثيل ( أو تقليد ) الأدوار الاجتماعية المناسب لسن الطفل .

٣-أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة ، وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو فى واحدة على الأقل مما يلى :-

أ ) الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحدودة لاهتمامات غير سوية إما فى شدتها أو توجهها .

ب) التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية .

ج ) سلوك حركى أسلوبى متكرر ( مثل رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم ) .

د ) الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات .

ب – التأخر أو الشذوذ الوظيفى على الأقل فى واحد من المجالات الآتية مع بداية قبل سن ٣ سنوات :

(١) التفاعل الاجتماعى .

(٢) اللغة كما تستخدم فى التواصل الاجتماعى .

(٣) اللعب الرمزى أو المحاكاة .

ج – الاضطرابات لا يتفق مع مواصفات اضطراب Rett's) أو اضطراب تفكك الطفولة ( محمود حموده ١٩٩٨ ص . ص ١٥١-١٥٢ ) .

تجدر الإشارة فى نهاية هذا العرض إلى أن دليل تشخيص الأمراض النفسية الصادر عن الجمعية المصرية للطب النفسى عام ١٩٧٩ لم يتضمن الذاتوية الطفلية ضمن محتوياته رغم استخدامه فى الدليل الدولى التاسع الصادر عام ١٩٧٨ .

لعل السؤال الذى يتبادر إلى الأذهان هو ماذا بعد ؟ وللإجابة على هذا السؤال كان علينا أن نتعرف على بعض الدراسات التقيمية لأحدث المحكات التشخيصية ونعنى بها DSM4 ومن هذه الدراسات التى أشارت إلى تقييم هذا الدليل دراسة Mahoney Subtypes 1998 والتى أوضحت أن هذا الدليل ممتاز فى تشخيص الاضطرابات المشوهة للنمو Pervasive Developmental Disorder (PDD) واضطراب اسبرجر Asperger's Disorder (ASD) والذاتوية ولكنه أظهر ثباتا أقل فى تشخيص الذاتوية غير النمطية Atypical Autism . دراسة أخرى قام بها Tanguay,-Peter-E et all 1998 للتعرف على إمكانية استخدام التواصل الاجتماعى Social Communication (SC) ( يشير إلى المعلومات الخاصة بالتواصل المعرفى الانفعالى الذى يظهر من خلال إشارات التعبير الوجهية وطريقة الكلام والفهم البرجماتى Pragmatics الواضح ونظرية العقل ) . قد اشتملت عينة الدراسة على ٦٣ طفل بمتوسط عمر ست سنوات وسبعة اشهر وتم التقييم باستخدام أسلوبى المقابلة التشخيصية للذاتوية وجدول الملاحظة التشخيصية للذاتوية وجدول الملاحظة التشخيصية غير اللغوى Pre-Linguistic أجرى التقييم بواسطة أثنين من الفاحصين كلا على حده وقاما بتشخيص الذاتوية واضطراب أسبرجر واضطراب المشوه للنمو غير المصنف Pervasive Developmental Disorder-not otherwise وباستخدام التحليل العاملى لتحليل وحدات المقابلة التشخيصية تم استخراج ثلاث عوامل هى التأثير المتبادل Affective Reciprocity والانتباه التواصلى Joint Attention ونظرية العقل Theory of Mind وبمقارنة

هذا الاتجاه التصنيفى الجديد بدليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM4 أظهر إمكانية إحداث تغير فى الدليل الرابع كالتالى :

١- إدراج نقص القدرة اللغوية ( استخدام المفردات وقواعد اللغة ) تحت اضطراب النمو اللغوى Developmental Language Disorder للأشخاص الذاتويين .

٢- عدم الحاجة إلى تشخيص اضطراب اسبرجر .

٣- يجب أن نأخذ فى الاعتبار أن الأشخاص الذين يعانون من ASD لديهم قائمة من الأعراض التقيدية Restrictive والتكرارية Repetitive والنمطية Stereotypic .

## الوسائل المستخدمة فى تشخيص الذاتوية :

أشارت دراسة Lord,-Catherine et al 1997 أن المقابلة التشخيصية المتضمنة لأسئلة تتناول شخصية الفرد ومقابلة أخرى للمراجعة قادرة على التفريق بين الذاتوية والضعف العقلى وإعاقات اللغة بينما أشار Rapin,-Isabelle,ED 1996 أن المقاييس السلوكية والمقاييس التى تستخدم للعب قد أثبتت كفاءة كبيرة فى التفرقة بين الذاتوى وفئات الضعف العقلى من غير الذاتويين أومن يعانون من اختلال فى تطور اللغة أما عن كفاءة مقياس فاينلاند للسلوك التكيفى V ineland Adaptive Behavior Scales وقدرته فى تقييم التقدم التربوى للطفل الذاتوى فقد أكده Harris,-Sandra-L et al 1995 كما أكد Schatz & Hamdan 1995 على تمتعه بدرجة كبيرة من الثبات ، أما Volkmar et al 1987 فقد أشاروا إلى أهميته العظيمة فى تقرير الخلل فى الوظيفة الاجتماعية للذاتوية ومن المقاييس التى كان لها قيمة لتقييم الأطفال المصابين باضطرابات نمو شديدة أو اضطراب الذاتوية مقياس الشخصية للأطفال (Personality Inventory for Children)(Kline et al 1987 )

كما قدم العديد من الباحثين مقاييس تهدف إلى تشخيص الذاتوية منهم Freeman et al 1986 الذى صمم مقياسا لتقدير التأثيرات العلاجية على مرضى الذاتوية من خلال قياس النشاط الحركى والاجتماعى والوجدانى واللغة والاستجابات الحسية ويمكن أن يقوم بتطبيقه غير المتخصصين بعد تدريب سريع على ملاحظة السلوكيات المرضية الهامة ، وقد أشار إلى تمتعه بدرجة عالية من الثبات وإلى استخدامه بنجاح فى أكثر من ١٢ مركز طبى داخل أمريكا بالإضافة إلى العديد من المدارس .

ومن المقاييس الأخرى الشكل السويدى لمدرج تحديد الذاتوية وهى أداه استخدمت بنجاح على ٢٥ طفل تتراوح أعمارهم من ٤-١٢ سنة وثبت ثباتها وصدقها Nordin et al 1998 .

من الوسائل المستخدمة أيضا جداول الملاحظة التشخيصية للأطفال الذاتويين The Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule بدرجة ثقة عالية وقد بينت دراسة Dilavore et al 1995 قدرته على التمييز بين الطفل الذاتوى والأطفال المعاقين فى النمو ، ومن النماذج المستخدمة فى تصنيف حالات الذاتوية فى التعليم استمارة فرز حالات الذاتوية فى مجال التخطيط التعليمى Autism Sereening Instrument

Autisic Behavior Checklist (ABC) ١٩٨٨ وسميت عام for Educational Planning ( ASIEP )
وتتكون هذه الأداة من خمس أجزاء تستهدف تزويد المدرسين ومن يقومون بتخطيط البرامج التعليمية المناسبة لاحتياجات أطفال الذاتوية وبالمعلومات اللازمة لوضع تلك البرامج ، وتحتوى هذه الأجزاء الخمسة على ٥٧ من السلوكيات التى يجب ملاحظتها وتسجيل البيانات عنها وفيما يلى المجالات السلوكية للأجزاء الخمسة المتضمنة بالاستمارة .

١-تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التى تصدر عن الطفل .

٢-تقييم قدرات التفاعل الاجتماعى بين الطفل والكبار .

٣-تقييم الاحتياجات التعليمية فى المجال اللغوى .

٤-تقييم القدرة على الاتصال .

٥-تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات . ( عثمان فراج ١٩٩٦ ص ٩ العدد ٤٥ ) .

ولم يتوقف القياس عند عملية التشخيص الذاتوى ولكنه تعداه إلى قياس صلاحية البرامج المقدمة لهم ومن بين هذه النوعية من المقاييس مقياس The Environmental Rating Scale (ERS) وهى مقياس أشار إليه Van-Bourgondien et al 1998 مؤكدا قدرته على التمييز بين البرامج الصالحة أو المخططة لمن لديهم إعاقات تطورية .

ويجدر الإشارة إلى فشل محاولات التشخيص من خلال رسم المخ والتصوير العصبى Elia,-M et al 1995 .

## أهمية التشخيص المبكر :

تشير غالبية الدراسات إلى أهمية التشخيص المبكر وذلك نظرا لما يلى :-

١- إن التشخيص المبكر هام للأسرة إذا ما أرادت المساندة والمساعدة التى تحتاج إليها لأن التأخير فيه يلقى بعبء خاص عل الوالدين .

٢- إن التشخيص المبكر يمكن أن يقلل من المشكلات أو حتى يتجنبها إذا وضعت استراجيات علاجية مناسبة خلال السنوات المبكرة للطفل .

٣- إن استقرار المشكلات السلوكية لدى الطفل عند سن ٣ سنوات قد يؤدى إلى استمرارها حتى سن ١٣ أو حتى ٣٠ سنة ويزيد من صعوبة التعامل معها كلما زاد العمر .

٤- إن تعديل السلوك يصبح أكثر صعوبة كلما زاد العمر سواء بالنسبة للطفل أو أسرته فالمساعدة المبكرة تخفف من العبء الانفعالى .

والتساؤل الذى يطرح نفسه هو متى تشخص الذاتوية ؟

جلبر وزملاءه Gillberg, et al. فى السويد وجدوا أن العديد من الأباء ينشغل بنمو طفله قبل أن يصل لعيد ميلاده الأول . دراسات أخرى أشارت أن القلق يمكن أن يصل للوالدين بعد ١٨ شهر مثل دراسات هولن ومور ١٩٩٧ Howlin & Moore وقد كشفت نفس الدراسة أن نصف الأباء يمكن أن يلاحظوا الأعراض

الذاتوية لأطفالهم قبل سن عامين . بينما أشار سميث وآخرون Smith , et al. 1994) أن الموعد الذى يمكن أن تشخص فيه الذاتوية هو خمس سنوات وثلاثة أشهر أما فريث وآخرون Frith et al. 1993) فذكروا أن ٧٠% من الحالات لا نستطيع تشخيصهم إلا بعد سن الثالثة ( نقلا عنHowlin,-P. 1998, p.56 ).

التشخيص الفارق :

يلزم تمييز اضطراب الذاتوية الطفلية من الاضطرابات الآتية :

الذاتوية اللانمطية : Atypical Autism

هو نوع من الاضطراب الإرتقائى المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة إما فى عمر الطفل عند بدايته أو فى عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير الثلاث . وتستخدم هذه الفئة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعى و/أو المختل لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات و/أو فى غياب ما يكفى من العلامات غير الطبيعية فى واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاث الضرورية كلها لتشخيص الذاتوية ( إلا وهى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، التواصل والسلوك المحدود النمطى والمتكرر ) وذلك بالرغم من وجود اختلالات مميزة أخرى فى منطقة (مناطق) أخرى وتنشأ الذاتوية اللانمطية غالبا فى الأفراد ذوى التخلف العقلى جسيم الشدة . (أحمد عكاشه ١٩٩٨ ص ٦٢٦) .

زملة رت : Rett Syndrome

هى حالة لم يبلغ عن حدوثها حتى الآن سوى فى الفتيات ولا يعرف لها سبب ولكنها تتميز على أساس خاص من البداية والمسار ونمط الأعراض والصورة النموذجية هى وجود ارتقاء مبكر يبدو طبيعيا أو قريبا من الطبيعى تليه حالة من الفقدان الجزئى أو الكامل للمهارات اليدوية المكتسبة وللكلام ، مع انخفاض معدل النمو وتبدأ الحالة عادة بين سبع وأربع وعشرين شهرا من العمر وتتميز الحالة على وجه الخصوص بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات يدوية نمطية وفرط التنفس . الارتقاء الاجتماعى وارتقاء اللعب يتوقف عند السنتين أو الثلاث سنوات الأولى ولكن مع الحفاظ على الاهتمامات الاجتماعية .ويحدث فى منتصف فترة الطفولة تخلج جذعى وعمى حركى وهذه الحالة يترتب عليها دائما إعاقة عقلية شديدة وكثيرا ما تطرأ تشنجات أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة .

وتبدأ أغلب الحالات بين سبعة شهور إلى أربع وعشرين شهرا من العمر والسمة المميزة هى فقدان حركات اليد الهادفة والمهارات اليدوية الحركية الدقيقة ، يصاحبها فقدان كامل أو جزئى أو انعدام فى ارتقاء اللغة وحركات معينة ونمطية تلتف اليد فيها إحداهما حول الأخرى أو تقوم بحركة غسيل مع وضع الذراعين فى حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن ، بلل نمطى لليدين بواسطة اللعاب ، عدم المضغ الجيد للطعام ، نوبات كثيرة من فرط التنفس، فشل دائم تقريبا فى التحكم فى التبول والتبرز، سيولة زائدة فى اللعاب بالإضافة إلى عدم التفاعل الاجتماعي ، الشيء النموذجى هو أن يحتفظ الأطفال بنوع من الابتسامة الاجتماعية على وجوههم فينظرون إلى الآخرين أو خلالهم ولكنهم لا يتفاعلون اجتماعيا معهم فى الطفولة المبكرة ( وإن كان التفاعل الاجتماعى كثيرا ما يرتقى فى

مرحلة متأخرة ) فى نصف الحالات يحدث ضمور فى العضلات الفقرية مع عجز حركى شديد وذلك فى فترة المراهقة أو الرشد بعدها يظهر تشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العليا .

النوبات الصرعية تحدث فى أغلب الحالات وتتضمن فى العادة نوعا ما من النوبة الصغرى ، تبدأ عموما قبل عمر الثمانى سنوات. وعلى العكس من الذاتوية يعتبر كل من الإيذاء المتعمد للنفس والانشغالات النمطية المركبة أو الروتين النمطى المركب ظواهر نادرة . ( أحمد عكاشه ١٩٩٨ ص ٦٢٧ ) .

يشير Carmagnat et al 1997 فى دراسة مقارنة بين الذاتوية وعرض رت فى مرحلة الطفولة أن اضطراب وظائف القصد والتقليد Intent and Imitation تكون مميزة بين الذاتوية ورت فى سن من ١٢-١٨ شهر ولا يمكن التمييز بينهما فى سن من ٦-١٢ شهر .

التخلف العقلى : غالبا يتواجد مع اضطراب الذاتوية ولكن المتخلفين عقليا حتى فى الدرجات الشديدة لا تتوفر لديهم الملامح الاكلينيكية للاضطرابات مشوهة النمو فهم ( المتخلفين ) اجتماعيين ، ويمكنهم التواصل حتى دون ألفاظ إذا لم تكن لديهم القدرة على الكلام ، حيث يكون السرور والاهتمام فى الاقتراب الاجتماعى واضحا خلال التواصل معهم بالعين وتعبير الوجه وحركات الجسم ( محمود حموده ١٩٩٨ ص ١٥٢) ، ويشير Silver,-Kathi-O 1997 إلى اختلاط التخلف العقلى بالذاتوية فى ٧٥% من الحالات .

زملة أسبرجر : Asperger Syndrome

هو اضطراب غير مؤكد فى قيمته التصنيفية، يتميز بنفس النوع من الخلل الكيفى فى التفاعل الاجتماعى المتبادل الذى يميز الذاتوية بالإضافة إلى مخزون محدود ونمطى ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات وتختلف عن الذاتوية أساسا فى أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام فى اللغة أو فى الارتقاء المعرفى ، وعادة ما تظهر فى الذكور . ( أحمد عكاشه ١٩٩٨ ص ٦٢٩ ) .

دراسة قام بها Ghaziuddin & Gerstein 1996 أكدت أن أسلوب الكلام المتزمت Pedantic Speaking Style يمكن أن يساعد فى التفرقة بين لزمة اسبرجر والذاتوى ذو الأداء الوظيفى المرتفع .

زملة لاند كلفنر سندروم Land-Kleffner Syndrome .

الأفراد المصابون بهذه الزملة يظهرون العديد من السلوكيات الذاتوية مثل الانسحاب الاجتماعى الإصرار على نفس الشيء ومشكلات اللغة . ويعتقد أن لديهم نكوصا ذاتويا بسبب ظهورهم كأسوياء حتى بعض الوقت بين ٣ – ٧ سنوات غالبا لديهم مهارات لغوية جيدة فى طفولتهم المبكرة ولكن يفقدون قدرتهم على الكلام تدريجيا كما أن لديهم موجات غير طبيعية فى تخطيط الدماغ يمكن تحليلها ورسمها خلال فترات ما .

الفصام : نادر جدا فى الطفولة والمصابون بالذاتوية قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام ( مثل : العزلة الاجتماعية والانسحاب والسلوك مفرط الغرابة والوجدان المتبلد غير المناسب وغرابة اللغة والآلية المتكررة للأفعال ) ، وفى حالة وجود دلالات تشخص الاضطراب الذاتوى فإن تشخيص الفصام كمصاحب يجب أن يتم فقط فى حالات نادرة تتوفر فيها الضلالات والهلاوس البارزة مع باقى الدلالات التى تشخص الفصام . ( محمود حموده ١٩٩٨ ص ١٥٣ ) .

اضطراب خليط من الإدراك والتعبير اللغوى : ويتميز عن الذاتوية بوجود تواصل غير لفظى ، وتقل الشذوذات اللغوية مثل الترديد والأسلوبية الخارجة عن الإطار الواقعى للموقف ، ولكن مشاكل النطق لديهم أكثر من الذاتويين ، ومستوى الذكاء لديهم أفضل من الذاتويين ، ولديهم قدرة على اللعب التخيلى .
(محمود حموده ١٩٩٨ ص . ص ١٥٣-١٥٤ ) .

حبسة الكلام المكتسبة والمصاحبة بتشنجات (Aquired aphasia with convulsion) وهى حالة نادرة وأحيانا يصعب تمييزها من اضطراب الذاتوية والاضطراب المفكك للطفولة ، والمصابون بها يكونون أسوياء لعدة سنوات قبل أن يفقدوا كلا من لغتهم الإدراكية والتعبيرية على مدى أسابيع أو شهور ، وأغلبهم تنتابهم نوبات قليلة من الصرع ويتبعها اضطراب بارز فى الفهم اللغوى يتميز بالكلام الشاذ ، وبعض الأطفال يشفون ولكن يظل لديهم خلل لغة واضح . (محمود حموده ١٩٩٨ ص ١٥٤)

الصم والبكم : أحيانا ما تكون الإصابة بالصم التى تؤدى إلى بكم مصاحبة لحالة الذاتوية وإذا كان الصم نتيجة عوامل أثناء الحمل أو مبكرا بعد الولادة فيؤدى إلى بكم وعدم قدرة على التخاطب والاتصال. وهذه نفسها أحد أعراض الذاتوية المميزة ومن الممكن أن يصاحب الصم والبكم سمات الشخصية الانسحابية أو غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية والاندماج فى حركات نمطية وجميعها أعراض تتشابه مع أعراض الذاتوية لكن عملية التشخيص هنا لا تكون صعبة أو معقدة فإذا كانت الإعاقة صمم وبكم يمكن تحديدها عن طريق الفحص الطبى لأجهزة السمع والكلام خاصة وأن الطفل فى هذه الحالة يتقدم فى نموه الاجتماعى واكتساب القدرة على الاتصال غير اللفظى بالإشارة أو حركة الشفايف أو الحركات البدنية أو غيرها من أساليب الاتصال كما يمكن تشخيص الحالة على أنها ذاتوية فقط إذا أكد الفحص الطبى والملاحظة سلامة السمع .
( عثمان فراج ١٩٩٦ ص ١٣ العدد ٤٦ ) .

دراسة قام بها Ermer & Dunn 1998 وتوصل من خلالها إلى أن المنظور الحسى Sensory Profile يعد افضل تمييز بين الأطفال الذاتويين والأطفال الذين يعانون من اضطراب تشوه النمو PDD ومن لديهم نقص الانتباه مفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) والأطفال غير المعاقين وذلك بنسبة صدق تصل إلى ٩٠% .

ارتباط الذاتوية بعدد من اللزمات الأخرى :

أشارت Howlin,-P 1998 نقلا عن Gillberg & Coleman 1992 إلى وجود العديد من حالات الذاتوية مصاحبة لما يلى .

( أ) الحصبة الألمانية Congenital Rubella :

تنتج من عدوى فيروسية أثناء الحمل وتحدث إعاقات حسية وخاصة الصمم وصعوبات التعلم وعندما تحدث الذاتوية فأنها تكون غير نمطية Atypical .

(ب) لزمة كورنليا دى لانج Cornelia de Lange

اضطراب كروموسومى يكون فيه إعاقة شديدة للنمو مع ملامح وجهيه مميزة وغالبا يصاحبها مشكلات سلوكية وتواصلية .

(ج) لزمة الكحولية الطفلية Fetal Alcohol Syndrome :

تلف يصيب الطفل بسبب تعاطى الأم كميات كبيرة من الكحول أثناء الحمل ينتج عنها أعراض مختلفة جسمانية وسلوكية وتعليمية وكثيرا ما تصاحب بالذاتوية .

( د) لزمة الكروموسوم الأنثوى الهش Fragile X

يسبب غالبا التخلف العقلى ويتميز بملامح وجهيه مميزة مع شذوذ جسمى ومعرفى ولغوى واجتماعى وسلوكى وأعتبر ذات مرة أنه سببا هاما لحدوث الذاتوية ،ولكن البحوث الحديثة أشارت أن ارتباطه بالذاتوية أقل حدوثا بكثير ، وفى دراسة على ٤٠ طفل مصابين بالذاتوية وفقا للدليل الإحصائى الثالث كشفت النتائج أن طفلا واحدا فقط لديه الكروموسوم الأنثوى الهش وقد اشار الباحثون إلى أن الارتباط بينه وبين الذاتوية الطفلية أقل مما كان يعتقد سابقا ( Wright et al 1986 ) ويؤكد ذلك دراسة قام بها Piven 1991 للتعرف على معدل انتشار هذه اللزمة على عينة مكونة من ٧٥ فرد ذاتوى تم تشخيصهم باستخدام مقابلة مقننة وانطبقت عليهم الدلالات التشخيصية بالدليل الإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات الذاتوية وكشفت النتائج أن ٢ من ٧٥ أى بنسبة ٧ر٢% لديهم هذا الكروموسوم كما ظهر نفس الكروموسوم بمعدل منخفض لدى فردين من أفراد اسر هؤلاء الأطفال الذاتويين .

دراسة أخرى قام بها Reiss & Freund 1990 بهدف التعرف على الذاتوية المتضمنة فى الدليل الإحصائى الثالث لدى ١٧ من الذكور المصابين بالكروموسوم الأنثوى الهش ، أشارت النتائج أن بعض الدلالات التشخيصية للذاتوية مثل القصور فى التفاعل الاجتماعى مع الرفاق والشذوذ فى التواصل اللفظى وغير اللفظى والسلوك الحركى الأسلوبى أو النمطى والاستجابات غير الطبيعية للمثيرات الحسية تظهر لدى هذه الفئة .

وقد أشار تقرير حالة تعانى الذاتوية ولزمة الكروموسوم الأنثوى الهش قدمه Lenti,-Carlo 1995 إلى أهمية الاهتمام بالدور المحتمل للخلل المخى .

(هـ) لزمة نقص الصبغة الجلدية ( لزمة أيتو ) Hypomelanosis of Ito :

اضطراب كروموسومى يصاحبه شذوذ فى الجلد والجهاز الهيكلى والصرع وصعوبات التعلم .

( و ) لزمة جوبرت Joubert Syndrome :

اضطراب فى الجينات المتنحية مع شذوذ فى النمو الحركى وتخلف عقلى .

( ز ) لزمة لوجان فرينس Lujan-Fryns Syndrome :

يرتبط بالكروموسوم الأنثوى ونجد فيه صعوبة فى التعلم وشذوذ فى الصوت والتكوين الجسدى وفرط حركة Hyperactivity .

( ح ) لزمة موبياس Moebius Syndrome :

اضطراب عصبى Neurological Disorder مع شلل الأطراف الوراثى على الناحيتين .

( ط ) لزمة الورام الليمفومى العصبى Neuro-Fibromatosis :

اضطراب جينات سائدة أو طفرة جينية تلقائية ينتج عنها تكون أورام فى الجلد والجهاز العصبى والأحشاء وترتبط بإعاقات سلوكية وتعليمية .

( ك ) فينيل كيتونوريا Phenylketonuria :

ينتج عن طريق الجينات الوراثية المتنحية فى الكروموسوم رقم ١٢ ويؤدى إلى نقص أنزيم يترتب عليه ارتفاع معدل حمض فينيل إلانين Phenylalanine فى الدم ، فيعمل كمادة سامة وينتج عنه شذوذات جسمية ونوبات تشنجية Seizures وصعوبات تعلم . وضبط الغذاء فى المراحل المبكرة ضرورى لتجنب تلك الشذوذات فى الطفل .

( ل ) لزمة سوتس Sotos Syndrome :

عملقة المخ Cerebral Giganticism مع استسقاء الدماغ Hydrocephalus وملامح وجهيه نموذجية مميزة وتأخر فى النمو .

( م ) لزمة توريت Gilles de la Tourette' Syndrome :

لزمة عصبية مرتبطة بأساس جينى معها لزمات أو حركات لاإرادية فى عضله أو مجموعة من العضلات ويصاحبها حدوث أصوات لألفاظ غير لائقة .

( ن ) لزمة التصلب الحدبى Tuberous Sclerosis :

اضطراب جينى سائد يتميز بظهور طفح جلدى على الوجه حول الأنف يشبه حب الشباب ( عبارة عن غدة دهنية ) وينتشر فى أماكن أخرى من الجسم بالإضافة إلى عقيدات مبعثرة فى الجهاز العصبى وأعضاء الجسم المختلفة مع أورام عدسية الشكل فى قاع العين وفيه يوجد صرع Epilepsy مع تخلف عقلى فى ٥٠٪ من الحالات ، ولوحظ ارتفاع معدل مصاحبته للذاتوية وفرط الحركة والعدوان وسلوكيات إيذاء الذات Self-Injurious وقد يرتبط بحدوث الذاتوية فى حالة وجود حدبات فى الفص الصدغى Tubers in Temporal Lobes .

دراسة قام بها Gutierrez et al 1998 للتعرف على الذاتوية فى التصلب الحدبى المعقد TSC على عينة مكونة من ٢٨ من المرضى منهم ١٢ حالة ينطبق عليهم تشخيص الذاتوى واضطراب تشوه النمو وتمت مقارنتهم بالحالات الأخرى (١٦ حالة ) فى محاولة للتوصل إلى العوامل الكامنة خلف الارتباط بين الذاتوية والتصلب الحدبى وكشفت النتائج أن نوعا محددا من التشنجات كانت متزايدة فى مجموعة TSC المصابين بالذاتوية وتشوهات النمو .

( ى ) لزمة وليم Williams' Syndrome :

لزمة ترتبط بالجينات مع ملامح ومظهر محدد للوجه ونمط غير نموذجى من السمات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية . ( نقلا عن Howlin,-P 1998 ) .

فى نهاية هذا العرض تجدر الإشارة إلى أن الذاتوية مرض مركب تتدخل فيه اعتبارات وراثية وطبية مختلفة ولعل هذا ما أشارت إليه Silver,-Kathi 1997 خلال مراجعة لما نشر من عام ١٩٩٠ وحتى ١٩٩٧ مؤكدة أن الذاتوية لزمة مركبة تبدو غير واضحة الحدود فى الأبعاد العصبية البيولوجية Neurobiological والعصبية السلوكية Neurobehavioral والوصفية النفسية Psychological Descriptors .

ويشير الباحث إلى أن تشخيص الذاتوية يختلف باختلاف الأدلة والمؤشرات التى يتم الرجوع إليها وباختلاف التاريخ الذى يتم فيه التشخيص ، فحتى اليوم لم يتم التوصل إلى معيار مستقر وهو الأمر الذى يفسر الخلط والتضارب فى فهم الذاتوية .

## أسباب الذاتوية لدى الأطفال

رغم أنه لا يوجد سبب وحيد معروف للذاتوية فإن البحوث والدراسات التى تناولت هذا الجـــانب تشير إلى أنها تنشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها النفسية الأسرية والبيولوجيـــة والبيوكيميائيـــة الجينيـــة والوراثية ...إلى أخره ، وفيما يلى عرضا موجزا لأهم هذه العوامل :

١ – العوامل النفسية والأسرية :

هناك سؤالين مرتبطين ولكنهما منفصلين لهما دور مركزى فى نظريات الذاتوية الطفلية . الأول هـــل سبب الذاتوية أساسا عصبيا أم بيئيا ؟ والثانى هل القصور الاجتماعى فى الذاتوية أولى أم ثانوى ؟ .
عندما قدم كانر )Kanner( مفهومه عن الذاتوية أخذ الموقف من أن القصور الاجتماعى أولى وقد يرجـــع إلى قصور تكوينى ولكنه لاحقا ومع حفاظه على موقفه من أساسية القصور الاجتماعى مال إلى أعزائها إلى الفشـــل البيئى . حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة فى شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث الاضطـــراب .
ومن منتصف الستينيات تزايد انتقاد المفهوم التقليدى للذاتوية كاضطراب أولى مرتبط بالوجدان مع تركـــيز الأبحاث على النقله إلى الخلل الوظيفى والمعرفى للدماغ ،وزاد الهجوم على الرؤية النفســية المنشـأ للذاتويـة ووصفت بأنها افتراض غث وغير مناسب (Fein,- Deborah 1986 )،وتؤكد باتريشيا هولـــين Howlin, 1998 ذلك بالاستعانة بالعديد من الدراسات التى أجريت فى هذا المجال مشيرة إلى أنه عندما بدأت البحوث الامبيريقية فى الظهور لم تدعم تلك النظرة ( Cantwell et al ) ١٩٧٩ فلقد وجدوا أن مقارنة أسر الأفراد المصـــابين بالذاتوية بعائلات أخرى ضابطة كشفت عن عدم وجود فروق بين المجموعتين من حيث التأثيرات البيئية غـــير المناسبة أو العاطفية أو المشكلات الشخصية ولم يوجد اختلافات فى أنماط التفاعل بين المجموعتين . كما أشـــار ( Rutter )١٩٨٥ إلى أن النظريات النفسية المنشأ قد تشرح الطبيعة الخاصة جدا للقصور المعرفى والســلوكى والتواصلى لهؤلاء الأطفال خاصة أن النقص الملحوظ فى الاستجابة الاجتماعية يبدو غالبا فى الشهور الأولى من الحياة ، كما لاحظ راتر ولورد ١٩٨٧ (Rutter & Lord ) أنماط سلوك مميزة كانت بصفة عامة مختلفة عـــن أولئك الذين تعرضوا من الأطفال لإهمال عاطفى أو إيذاء أدى إلى أنواع أخرى مـــن التلـــف ،كمـــا أشـــار (Gardner )١٩٧٦ إلى أن الشذوذ فى التفاعل قد يعزى للطفل ولا يعزى للوالدين ومن خـــلال ملاحظتـــه للأطفال المصابين وغير المصابين بالذاتوية خلال التفاعل مع أمهاتهم ومن خلال تجربة قام بها طلب خلالها مـــن أمهات الأطفال غير الذاتويين التفاعل مع الطفل الذاتوى وطلب من أمهات الأطفال الذاتويين التفـــاعل مـــع الأطفال الأسوياء ،وقام بملاحظة التفاعل فى كلا المجموعتين من الأمهات ووجد عند التفاعل مع الطفل المصاب بالذاتوية ظهور عدد من السلوكيات غير المعتادة بينما تختفى تلك الملامح غير الطبيعية عند التفاعل مع الأطفال غير الذاتويين وكان الاستنتاج أن سلوك الطفل هو الذى يؤثر فى استجابـــة الوالـــدين وليـــس العكـــس

( نقلا عن Howlin, 1998 p.30 ) بالإضافة إلى ذلك نجد أن الكثير من الدراسات الحديثة تؤكد نتائج الدراسات التى أشارت إليها باتريشيا هولين .

ففى دراسة قامت بها Serry et al 1998 بهدف دراسة تفاعل الأمهات وأطفالهن المشخصين بالذاتوية وذلك على عينة من ٧ أمهات تتراوح أعمار أبنائهن من سنتين وعشرة أشهر إلى ثلاث سنوات وعشرة أشهر ، وقد تم تسجيل التفاعل بالفيديو وبعد ذلك حللت النتائج التى أظهرت أن الأمهات قضين ٨٦% من الوقت للمحافظة على تفاعل الأطفال معهن .

فى دراسة قامت بها ( Watson 1998) بهدف المقارنة بين تفاعل الأمهات مع أطفالهن من خلال مجموعتين ، الأولى أمهات لأطفال ذاتويين والثانية لأمهات أطفال أسوياء . وتمت ملاحظة كلا المجموعتين خلال خمسة عشر دقيقة من اللعب الحر مع الأطفال ؛ وكشفت النتائج أن أمهات الأطفال الذاتويين وجهوا نفس الجهد المماثل لأمهات الأطفال غير الذاتويين ولكن تركيز انتباه الطفل فى المجموعة الضابطة كان أفضل من المجموعة التجريبية

وفى دراسة قام بها Pechnikova ١٩٩٧ عن خصائص التفاعل بين الأم والطفل فى المرحلة المبكرة من الذاتوية الطفلية وتوصل إلى أن الضيق والتوتر والاستياء والشعور بخيبة الأمل من عدم تحقيق الآمال هو أهم ما عبرت عنه ١٥ أم لأطفال يعانون الذاتوية .

قام عمر بن الخطاب ١٩٩٣ بغرض التعرف على خصائص أباء الأطفال المصابين بالذاتوية ، وتم اختيار ٣٤ طفل مصابا بالذاتوية موزعين كالآتى ٣١ من الذكور و ٣ من الإناث وتم بالتبعية انتقاء ٣٤ من أباء هؤلاء الأطفال ١٥ منهم كانوا من الأباء و١٩ من الأمهات وتم انتقاء عينة مماثلة من أباء الأطفال الأسوياء وأجريت المقارنة بين المجموعتين وفقا لنتائجهم على استخبار أيزنك للشخصية وكانت الفروق غير دالة .

وقد قام نفس الباحث السابق عام ١٩٩٧ بدراسة مقارنة لمخاوف أباء الأطفال المصابين بالذاتوية مقارنة بأباء أطفال أسوياء وذلك على افتراض وجود فروق بين المخاوف المرضية لدى أباء الأطفال المصابين بالذاتوية وأباء الأطفال الأسوياء نظرا للغموض الشديد الذى يحيط باضطراب الذاتوية ، وكشفت النتائج عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين إلا فى المخاوف المتعلقة بالحركة لدى أباء الأطفال المرضى ،حيث أنهم مصابين بحركة زائدة ومن ثم فإن حركاتهم غير متوقعة فى حين أن أباء الأطفال الأسوياء مخاوفهم متعلقة بالمرض والموت .

وفى دراسة أخرى قامت بها نادية إبراهيم أبو السعود ١٩٩٧ للتعرف على الاضطراب الذاتوى لدى الأطفال وعلاقته بضغوط الوالدين وقارنت الدراسة بين الضغوط الوالديه بأسر الأطفال الذاتويين وأسر الأطفال العاديين باستخدام مقياس ضغوط الوالدين ، وذلك على عينة مكونة من ٤٠ من أمهات الأطفال الذاتويين و ٤٠ من أمهات الأطفال الأسوياء وكشفت النتائج أن أمهات الأطفال الذاتويين قد حققن درجات مرتفعة للضغوط على بعد الرابطة العاطفية بالطفل والحالة الصحية للأم وإجمالى الضغوط الوالديه ،كما كشفت عن وجود فروق جوهرية بين متوسط درجات أمهات الأطفال الذاتويين ومتوسط درجات أمهات الأطفال العاديين على مقاييس خصائص الوالدين .

من الدراسات التى تؤكد دور العوامل النفسية فى الذاتوية دراسة Burd & Kerbeshan 1988 والتى هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية فى الذاتوية من خلال دراسة لحالة طفلة تعانى الذاتوية عمرها ٢٢ شهر، يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركت فيها الإبنة مع الجدة فأخذت تبكى لمدة من ٨ – ٩ ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت وعندما استيقظت صباحا ذهبت للنافذة وكررت أمى ذهبت ، وبعدها بساعة أصبحت هادئة وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفى اليوم التالى توقفت عن الكلام وبدأت أعراض الذاتوية الأخرى كالحملقة واللعب بشكل غير مميز ....الخ . ورغم عودة الأم والأب استمرت الحالة ، وعندما وصلت إلى سن ثلاث سنوات لم تتغير وأصبحت مدمرة وغير قابلة للتعديل فى سن أربع سنوات، مما استوجب دخولها للمستشفى ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا أن التوقف عن الكلام وفرط الحركة ظل ملازما لها حتى سن ست سنوات وقت كتابة التقرير عن حالتها وهذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية فى حدوث الذاتوية .

٢– العوامل الجينية (التأثير الجينى الوراثى للذاتوية Genetic Influence in Autism )

أشار Szatmari & Mahoney 1993 أنه من الواضح أن الميكانيزمات الجينية Genetic Mechanisms تسهم بقدر كبير فى حدوث الذاتوية واضطرابات النمو ، وقد تم استنتاج أن طريق النقل الوراثى فى هذه الأمراض معقد ومن العوامل التى اعتبرت كسبب لهذا التعقيد أنها تحتوى على احتمالية أن عدد كبير من الجينات يتدخل فى حدوث المرض فاضطرابات النمو مرض متنوع مع وجود ميكانيزمات وراثية متعددة .

ويوجد ميل كبير إلى أن التوأم المتماثلة Identical Twins سوف يكون لديهم ذاتوية أكثر من التوائم غير المتماثلة Fraternal Twins . ففى حالة التوائم المتماثلة يكون التطابق بنسبة ١٠٠% فى الجينات بينما تكون نسبة تطابق الجينات ٥٠% بين الأشقاء غير التوائم .. وفى دراسة مسحية تم أجراؤها فى بلدة تسمى يوتا Utah وجد الباحثون أن عدد أبناء ١١ أسرة يعانى الأب فيها من الذاتوية كان ٤٤ طفل منهم ٢٥ تم تشخيصهم على أنهم ذاتويين .

وأظهرت دراسة أخرى أن الاكتئاب أو اضطراب مهارة القراءة Depression and/or Dyslexia تكون شائعة عندما يوجد طفل ذاتوى فى الأسرة )Edelson,-S. 1998(

وفى دراسة أخرى قام بها Carratala 1998 على مريض باضطراب الذاتوية وفقا لمواصفات تشخيص الدليل الإحصائى الرابع ، أظهرت النتائج تبادل وضع الكوروموسوم ٢٠ مع ٢٢ ، بالإضافة إلى عدد من التغيرات الجينية المصاحبة التى تأكدت داخل المعمل ، وأشار الباحث إلى أن هذه النتيجة تثير بعض المناقشة فإما أن تكون الذاتوية سبب هذا الاختلال فى الوضع أو أنه عامل مصاحب لها .. وفى دراسة Hotopf & Bolton 1995 أشار إلى إمكانية ارتباط الذاتوية بالكوروموسوم ١٥ .

دراسة أخرى قام بها Wolman et al 1990 للتعرف على أنماط الخطوط الجلدية ( البصمة ) على ٩٥ طفل ذاتوى تم تشخيصهم بناء على الأسس التشخصيه للدليل الإحصائى الثالث ، وتم مقارنة نمط البصمة

لدى هذه المجموعة مع مجموعة ضابطة مماثلة فى السن والجنس ، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين مما يشير إلى فشل البصمة فى التمييز بين الذاتويين وغيرهم .

وفى دراسة قام بها Ritvo 1987 على ١٦ طفل مريض بالذاتوية منهم أربعة أطفال أشقاء ذاتويين من أسرة واحدة بالإضافة إلى ثلاثة أسر بكل منها ثلاثة أشقاء ذاتويين للتعرف على تاريخ ما قبل وما حول وما بعد الولادة كشفت النتائج فشل الباحث فى الوصول لأى أحداث شائعة مرضية كأساس فى هــــذه الحـــالات أو عائلاتهم وفسر النتائج فى ضوء احتمالية التحديد الجينى .

٣- تأثير الفيروس Virus فى حدوث الذاتوية :

يوجد برهان أن الفيروس يمكن أن يسبب الذاتوية حيث يتزايد حدوث الذاتوية بعد التعرض لإصابـة الأم بالحصبة خلال الشهور الثلاث الأولى من الحمل . أيضا فيرس السيتالو مجـــالو (Cytolomegalo Virus) (الفيرس الذى يضخم الخلية ) يرتبط بالذاتوية بالإضافة إلى أن هناك اتهامات تشير إلى أن الفيروسات المرتبطــة بالتطعميات قد تسبب الذاتوية ( Edelson,-S 1998)

٤- العوامل البيولوجية والشذوذات الجسدية : Physical Abnormalities

يعتقد أن الحالات التى تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها تهيئ لحدوث الاضطـــراب مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية ( Rubella) ، والحالات التى لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا والتصلب الحــدبى (Tuberus Sclerosis ) واضطراب رت ( Rett's) والاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع، فلقد أكدت دراسات أن مضاعفات قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذاتويين من غيرهم الأســـوياء أو حـــتى المصابين باضطرابات أخرى ، كما أن ملاحظة شذوذات خلقية طفيفة عضوية لدى الذاتويين أكثر من أشقائهم ومن أقرانهم الأسوياء مما يشير إلى أن مضاعفات هامة قد حدثت للحمل فى الشهور الثلاثة الأولى ، ورصـــدت الدراسات أن (٤-٣٢%) من الأطفال الذاتويين سوف يحدث لهم نوبات صرعية عظمى فى وقت مـــا مـــن حياتهم ، وأن حوالى (٢٠-٢٥%) من الذاتويين يظهرون اتساع البطينات الدماغية فى تصوير الدماغ المقطعى باستخدام الكومبيوتر ، ولوحظت شذوذات متفاوتة لتخطيط الدماغ الكهربائى فى نسبة (١٠-٨٣%) مـــن الأطفال الذاتويين ، وبرغم أنه لا توجد شذوذات محددة للذاتوية فى تخطيط الدماغ فإن هناك برهان بدرجة مـا على فشل سيطرة أحد جانبى كرة المخ على الأخر، وفى دراسة استخدم فيها التصوير بالرنين المغناطيسى MRI كشفت شذوذات قشرية خاصة Polimicrogyria فى بعض المرضى الذاتويين ، وكشفت دراسة المخ بعد الوفاة نقص خلايا بركنج ، وفى دراسة أخرى يوجد زيادة منتشرة من أيض قشرة المخ خـــلال Positron emission tomography scanning . ( محمود حموده ١٩٩٨ ) .

ولقد أدى الاهتمام بالعوامل البيولوجية إلى تأسيس وعمل بنوك للمخ والأنسجة التى تجمع من الأشخاص الذاتويين المتوفين حديثا وجعل هذه الأنسجة متاحة للبحث وهو ما أشار إليه Zielke et al 1996 . وقد أشارت دراسة قامت بها Lanker et al 1988 بهدف اختبار تعرف الأطفال الذاتويين على الأصوات البيئية من خلال المقارنة بين التعرف على صورة الشيء المقدم مع الكلمة الدالة عليها ( يرتبط عامة بوظيفة الشق الأيسر من المخ ) مقابل التعرف على الصورة مع الصوت الناتج عن الشيء (يرتبط بنصيف قشرة المخ اليمنى )وكشفت النتائج عدم وجود فروق بين الأصوات والتعرف على الكلمة بين الأسوياء والذاتويين ولكن لوحظ أن الأطفال الذاتويين ذوى الدرجات العليا على الأصوات كان لديهم درجات عالية على مقارنة النمط البصرى وأغلب هؤلاء يتمتعون بقدرات ومهام بصرية جيدة غالبا مرتبطة بالشق الأيسر وعملياته كما لوحظ عند تحليل الأخطاء الخاصة بارتباط الكلمة بالصورة أنها تزداد على الكلمات التى تشير إلى البشر ) .

٥- العوامل البيوكيميائية :

يرى Reichelt & Liu 1997 أن الجانب المحورى لهذا المرض هو عدم القدرة على تكسير الببتيدات Peptides حيث وجد أن ٨٠% من المصابين بالذاتوية يظهر عندهم نسبة كبيرة من Peptides فى البول ،وعلى ذلك فإن زيادة الببتيدات يفسر السمات الأساسية فى لزمة الذاتوية من الجانب الفسيولوجى الباثولوجى للمرض .

وفى تقرير مختصر عن باثوفسيولوجيا الذاتوية وكيمياء الجهاز العصبى نشر عام ١٩٩٦ كانت هناك إشارة إلى دور المواد الكيميائية العصبية فى السيطرة على تطور المخ وباثوفسيولوجيا المرض ، ويقترح عدد من الوسائل التى يمكن من خلالها أن نتعرف على أسباب الذاتوية منها استعمال نماذج حيوانات واختبار تأثير الأدوية والعقاقير على الكيمياء الحيوية واستعمال تكنولوجيا الأشعة التليفزيونية والتصوير بالرنين المغناطيسى Cook,-Edwin 1996 . ويؤكد هذا التقرير على أهمية العوامل البيوكيميائية فى تفسير أسباب الذاتوية ، كما لوحظ ارتفاع معدل السيروتونين فى الدم لدى ثلث الأطفال الذاتويين ، إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضا فى ثلث الأطفال المتخلفين عقليا بدرجة شديدة وغير ذاتويين ، ولاحظت دراسة لمجموعة صغيرة من الذاتويين وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع فى الدم ونقصه فى السائل النخاعى الشوكى . (محمود حمودة ١٩٩٨ ) .

فى دراسة قام بها ( McBride,-P et al 1998 ) بهدف التعرف على تأثير التشخيص Diagnosis والسلالة Race والبلوغ Puberty على مستوى السيروتونين Serotonin فى الصفائح الدموية Platelet فى الذاتويين والمتخلفين عقليا Mental Retardation تم قياس مستوى السيروتونين فى الصفائح الدموية لدى ٧٧ فرد تتروح اعمارهم بين ٢-٣٧ سنة مصابين بالذاتوية و٦٥ من الأسوياء كمجموعة ضابطة و٢٢ من

المتخلفين عقليا أو لديهم إعاقة معرفية قبل البلوغ ، وأشارت النتائج أن من بين أطفال ما قبل البلوغ الذين تم تشخيصهم كذاتويين زيادة فى تركيز السيروتونين أكثر من الضابطة . بينما الأطفال المتخلفين عقليا كانت لديهم معدلات مماثلة للمجموعة الضابطة ، كما أشارت أيضا إلى انخفاض معدل السيروتونين بعد البلوغ عن معدله قبل البلوغ ولم توجد فروق داله بين السلالات المختلفة .

دراسة قام بها Modahl et al 1998 للتعرف على نسبة هرمون Oxytocin (OT) فى الدم ومن خلال مقارنة ٢٩ طفل مصابون بالذاتوية مقابل ٣٠ طفل طبيعى ، وكشفت النتائج أن نسبة OT فى العينة التجريبية أقل بدرجة داله عن العينة الضابطة .

دراسة قام بها Nagamitsu et al 1997 للتعرف على مستوى البيتا اندورفن Beta-Endorphins ( مواد تشبه الأفيونات وتفرز داخليا فى الجسد ) فى سائل النخاع الشوكى Patients لدى مرضى الذاتوية ، أجريت الدراسة على ١٩ طفل يابانى تتراوح أعمارهم من ٤-٦ سنوات وثلاث أطفال يعانون لزمة رت تتراوح أعمارهم من ١٠-١٤ سنة وعينة ضابطة عددهم ٢٣ طفل ،كشفت النتائج عدم اختلاف مرضى الذاتوية عن المجموعة الضابطة بينما كان المستوى أعلى عن مجموعة لزمة رت .

دراسة أخرى قام بها Kuperman et al 1985 بدراسة العلاقة بين السيروتونين لدى المرضى وأقارب الدرجة الأولى وذلك لدى ٣٠ طفل ذاتوى و ٨٤ من أقارب الدرجة الأولى وبفحص مستوى السيروتونين للأطفال الذاتويين وآبائهم ، كشفت النتائج عن ارتفاع معدل السيرتونين لدى الأولاد عن البنات ولدى الأولاد الذاتويين عن آبائهم وتماثلها مع أشقاءهم ، وبشكل عام لوحظ ارتفاع فى معدل السيروتونين فى الدم لدى الذاتويين وعائلاتهم .

وفى دراسة قام بها كل من Kan,-Patricia & Kane,-Edward1998( للتعرف على شذوذات الأيض Metabolic Aberrations من خلال عينات لدم وبول ٥٠ طفل يعانون من الذاتوية كشفت النتائج أن هناك ارتفاع مميز فى سلسلة طويلة من الأحماض الدهنية Fatty Acids وهو ما تم تفسيره بأن تراكم الأحماض الدهنية لديه تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة وكلها مميزة فى الاضطراب الذاتوى .

وفى دراسة قام بها Weizman et al 1988 بهدف التعرف على نقص معدل البيتا اندورفن Beta-endorphins (مواد تشبه الأفيونات وتفرز داخليا فى الجسد ) المناعية التفاعلية فى البلازم لدى الذاتويين توصلت النتائج إلى أن القيمة المتوسطة للبيتا اندورفن كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائيا لدى الذاتويين الذين يعالجون أو الذين لا يعالجون مقارنة بعينة أخرى من الأسوياء والفصاميين .

٦- العوامل المناعية :

يفترض أن خلل الجهاز المناعى Immune System يرتبط بالذاتوية حيث يعتقد أن عدوى فيروسية Viral Infection أو سموم بيئية Environmental Toxin قد تكون مسئولة عن تدمير الجهاز المناعى حيث وجد الباحثون أن عدد من الأفراد الذاتويين لديهم نقص فى عدد خلايا T المساعدة لجهاز المناعة فى محاربة العدوى .

Edelson,-S 1998 ؛ كما قد يكون هناك عدم توافق بين خلايا الأم والجنين مناعيا مما يدمر بعض الخلايا العصبية للجنين أثناء الحمل . ( محمود حموده ١٩٩٨ ) . ومن الدراسات التى تشير إلى أهمية هذا الجانب فى حدوث الذاتوية ، دراسة قام بها ( Gupta et al 1998 ) أشار فيها إلى وجود انعدام للتوازن فى TH1, TH2 فى الذاتوية وأشار إلى أن هذا الاختلال يلعب دورا فى إحداث المرض فى الحالات الذاتوية مما جعله يرجح أن بعض العوامل المناعية تؤدى إلى الذاتوية .

وفى دراسة قام بها Warren et al 1990 هدف منها حصر وتحديد الأجسام المضادة فى دم أم الطفل الذاتوى وذلك على عينة مكونة من ١١ أم لأطفال ذاتويين تقل أعمار أطفالهن عن ٦ سنوات كشفت النتائج أن ستة من الأمهات كان لديهن أجسام مضادة تفاعلت مع الخلايا الليفية للطفل الذاتوى . خمسة من الأمهات الست كان لديهن تاريخ لاضطرابات أثناء الحمل . مما يشير إلى أن شذوذا مناعيا لدى الأم قد يرتبط بحدوث بعض حالات الذاتوية .

دراسة قام بها Warren 1987 للتعرف على نقص نشاط الخلية القاتلة Killer Cell الطبيعية التى يعتقد أنها تعطى حماية ضد الأورام الخبيثة والالتهابات الفيروسية بالإضافة إلى أنها قد يكون لها دور فى تنظيم الاستجابة المناعية بسبب التغير فى النشاط الذى يرتبط باضطراب المناعة ، وذلك على عينة مكونة من ٣١ مريض مصاب بالذاتوية ، وكشفت النتائج أنه فى ٢٢ من المرضى ظهرت مستويات أقل فاعلية فى أكل الخلايا المريضة ،وهذه النتيجة تشير إلى أن التغيرات المناعية لها علاقة مباشرة بالعمليات البيولوجية للذاتوية دون أن تؤكد أنها سببا لها بمعنى أن هذه التغيرات قد تكون سببا أو نتيجة للذاتوية .

دراسة سابقة قام بها Sutbbs et al 1985 وقامت على افتراض أن أباء الذاتويين يشتركون فى وجود مستضدات Antigens بدرجة أكبر من أباء الأطفال الأسوياء ، وذلك لأن الذاتوية توجد عند الميلاد أو بعد الميلاد بقليل وقد وجد أن أمهات الأطفال المرضى يميلون إلى الاشتراك فى بعض الأعراض منها تسمم الحمل كما أن لديهم تاريخا متزايدا من الاجهاضات التلقائية . تم دراسة المستضدات HLA لدى ٥٢ من الوالدين لأطفال مرضى وتم مقارنتهم مع ٨٣ من والدين لأطفال أسوياء ، وكشفت النتائج أن ٣٩ من ٥٢ بنسبة ٧٥% فى المجموعة التجريبية تشترك على الأقل فى مستضد واحد مقابل ١٨ من ٨٣ بنسبة ٢٢% فى المجموعة الضابطة وهذه الفروق الدالة إحصائيا تشير إلى ضرورة أجراء مزيد من البحوث فى هذه المنطقة .

٧- العوامل قبل وأثناء الولادة :

يبدو أن مضاعفات الولادة تكثر فى الأطفال الذاتويين عن غيرهم ، فالابتسار ( الولادة المبكرة ) وتأخر ولادة الطفل والنزيف المبكر فى الشهور الثلاث الأولى أو الوسطى من الحمل ومتاعب الحمل تزداد بدرجة أكبر من الأطفال العاديين ، ويلاحظ فى فترة ما بعد الولادة أنهم أكثر عرضة لضيق التنفس وفقر الدم . ( محمود حمودة ١٩٩٨ ) .

من الدراسات العربية التى تناولت هذه العوامل دراسة محمد حسيب الدفراوى ١٩٩٨ عن الطفولة الذاتوية فى الأطفال المصريين التقيمات والمصاحبات الإكلينيكية وذلك على عينة مكونة من ٣٧ طفلا ممن تم تشخيصهم حسب الدليل الثالث لتشخيص الأمراض النفسية . قام الباحث بمقارنة تاريخ حدوث وقائع أو مشاكل فى فترة الحمل أو الولادة وما بعد الولادة مما قد تكون مرتبطة بحدوث اضطراب الذاتوية الطفلية مستخدما قائمة بالمشاكل والصعوبات التى حدثت أثناء الحمل والولادة وما بعد ولادة هؤلاء الأطفال مع مقارنتهم بالأخ الأصغر أو أحد الأخوة من الأم ، وقد أظهرت مقارنة وقائع الحمل والولادة وما بعد الولادة إلى زيادة نسبة المشاكل أثناء هذه الفترات بدرجة كبيرة وذات دلالة إحصائية عالية أكبر من التى رصدت لدى أخوة هؤلاء الأطفال والمراهقين .

وفى دراسة قامت بها سوزان برايسون Bryson et al 1988 عن القصور الولادية لدى الأطفال الذاتويين مستخدمة مقياس مدرج لقياس المثالية الولادية للأحداث قبل وأثناء الولادة وذلك على أمهات الأطفال الذاتويين . وقد قامت بمقارنة هذه الأحداث مع الأحداث التى صاحبت ولادة أشقائهم غير الذاتويين بالإضافة إلى مجموعة من غير الأشقاء أشارت النتائج إلى وجود نقص عام كلى فى المثالية الوالدية ميز الأطفال الذاتويين عن المجموعة الضابطة من الأشقاء وغير الأشقاء .

٩- عوامل عصبية :

اقترح بعض الباحثين أن هناك شذوذ بالفص الصدغى لدى الذاتويين ، وذلك لما لاحظوه من وجود لزمات تشبه الذاتوية تحدث لمن يصابون بتلف الفص الصدغى ، كما إن إتلاف الفص الصدغى فى حيوانات التجارب أحدث فقدا فى السلوك الاجتماعى المتوقع وعدم استقرار مع سلوك حركى متكرر . (محمود حمودة ١٩٩٨) ويشير Edelson,-S 1998 أنه من خلال فحص أدمغة الموتى من الذاتويين وحدد منطقتان فى الجهاز الطرفى Limbic System كانا أقل تطورا وهما اللوزه Amygdala والحصين Hippocampus . هاتان المنطقتان مسئولتان عن العواطف Emotions والعدوان Aggression والمدخل الحسى Sensory Input والتعلم ، كما وجد أيضا نقص فى خلايا بركنج Purkinje Cells فى المخيخ Cerebllum مستخدمين التصوير بالرنين المغناطيسى Magnetic Resonance Imaging كما وجد أن منطقتان فى المخيخ والفصيصات الفرميه Vermal Lobules ٦ ، ٧ حيث كان أصغر بدلالة إحصائية عن الأسوياء ومن المثير للاهتمام أن بعض الأفراد الذاتويين لديهم فصيصات فرميه ٦ ، ٧ أكبر من الأسوياء ( Edelson,-S 1998 ) .

فى دراسة قام بها موترون وآخرون ١٩٩٧ ( Mottron. Et al( على طفل عمره عامين يعانى من الذاتوية ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة فى الفص الصدغى الأيمن .

فى دراسة قام بها (Kates et al, 1998( للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية Neuroanatomical and Neurocognitive بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية تم عمل رنين مغناطيسى وتحليل كمى لتشريح المخ ،كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ فى حجم كل من نواة

الكودات Caudate والأميجدالويد Amygdaloid والحصين Hippocampal وصغر حجـــم الفصيصـــات الفرمية فى المخيخ Cerebellar vermis lobules وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم مـــن ٦ر٥ حتى ٣ر٨ سنة ، ويلاحظ الباحث وجود تناقض بين هذه الدراسة ودراسة إدلسون السابقة وذلك يعنى عدم ثبات المشاهدات التشريحية لدى الذاتويين .

أشار ( Kemner et al 1998) من خلال دراسة حركـــة العـــين غـــير الطبيعيـــة Saccadic Eye Movements) وذلك فى دراسة مقارنة بين مجموعة من الأطفال الأسوياء وأخرى من الذاتويين وثالثة تعانى مـــن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADDH ورابعـــة يعانون من اضطراب القراءة Dyslexic . كشفت النتائج أن الأطفال الذاتويين تزداد لديهم حركـــة العـــين الشاذة مقارنة بباقى المجموعات وهو ما فسره الباحث بأنه يؤثر سلبا على قدرة الانتباه للمثيرات وبالتالى يؤثـــر على التعلم ، كما أفترض أن ذلك يمكن أن يرجع إلى شذوذ ممكن فى الآليات تحت القشرية للمخ Subcortical Mechanisms .

دراسة قام بها Kawasaki et al 1997 بهدف التعرف على اختلال وظائف المخ لدى ١٥٨ مريضـــا بالذاتوية ، من خلال فحص تغيرات غير طبيعية فى رسم المخ الكهربى وللتعرف على نشوء مرض الصـــرع فى المراهقين المصابين بالذاتوية كشفت النتائج أن ٥ر٤٧ من المرضى لديهم هذه التغيرات غير الطبيعية فى المنطقـــة الجبهية فى المخ Frontal Region .

تقرير قدمه Bachevalier,-Jocelyne 1996 عن الفـــص الصدغـــى المتوســـط فى المـــخ Medial Temporal Lobe ودوره فى الذاتوية أشار فيه إلى أن هذا الفص وعلى وجه الخصوص منطقة الأميجـــدالا Amygdala هى المسئولة عن العيوب الاجتماعية للذاتوى وذلك من خلال الدراسات التى أجريت على البشـــر والقرود .

تقرير أخر قدمه Filipek,-Pauline-A 1996 أشار فيه أن الأغلبية العظمى لمســـح صـــور الرنـــين المغناطيسى لدى الذاتوى ترجمت إكلينيكيا على أنها طبيعية . بينما قـــدم Minshew,-Nancy-j. 1996 ورقـــة تلخص نتائج البحث فى الإختلالات الوظيفية والتركيبية للمخ لدى الطفل الذاتوى ، وأشار إلى أن الاعتقـــاد الحالى للسببية يحتوى على مستويات حيوية عديدة ولكنه أشار إلى أن بعض التناقضات أيضا ما زالت حقيقـــة موجودة .

دراسة أخرى قام بها Goldberg 1987 بهدف قياس نشاط الدوبامين (ناقل عصبى فى المخ) يســـمى Dopaminergic Activity لدى الأطفال المتخلفين عقليا والأطفال الذاتويين وأطفال أسوياء كشفت الدراســـة ارتفاع معدل Blink Rate لدى الذاتويين مقارنة بالأسوياء ، مما يشير إلى زيادة نشاط الدوبامين مقابل نقصها فى المتخلفين ، وفى دراسة أخرى قام بها Gaffney et al 1989 عن تركيب الدمـــاغ الأمـــامى Forebrain Structure فى الذاتوية الطفلية وذلك للتأكد من زعم بعض الباحثين بأن خللا وظيفيـــا فى الجـــهاز العصـــبى المركزى يأخذ دوره فى الذاتوية الطفلية . تم فحص أدمغة ١٣ طفل ذاتوى بعد الوفاة كانت أعمارهم تتراوح

من ٤-١٩ سنة باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسى ،ولكن النتائج جاءت مناقضة لهذا الزعم . كما تقصى تركيب الدماغ على ١٠٥ من المرضى الذاتويين باستخدام الرنين المغناطيسى ومقارنته بعينة من الأسوياء ، فكشفت النتائج عن فروق عامة فى شكل الدماغ الأمامى للأفراد الذاتويين ولكنه غير دال إحصائيا ،كما أشارت نتائج المقارنة بين المجموعتين بالنسبة لقشرة المخ أن هناك فروق فى الدماغ الأمامى للمرضى الذاتويين ومن الدراسات الأخرى التى تؤكد دور نيوروبيولوجى Neurobiological والنيوروسيكولوجى Neuropsychology على السلوكيات الاجتماعية للطفل الذاتوى دراسات Voeller,-Kytja-K,-S 1996 ودراسة Dawson,-Gcraldine 1996 ودراسة Lincoln et al 1995

٩- السموم والتلوث البيئى Toxins and Pollution in the Environment :

رغم أنه لا يوجد برهان علمى حتى هذا الوقت فهناك انشغال أن السموم والتلوث فى البيئة يمكن أيضا أن يؤدى إلى الذاتوية حيث وجد معدل انتشار عالى للذاتوية فى بلدة صغيرة تسمى Leomenster تابعه لولاية Massachusetts حيث يوجد مصنع يصنع نظارات شمسية ووجد أن أعلى نسبة لحالات الذاتوية كانت فى البيوت التى تحمل إليها الريح دخان مدخنة هذا المصنع Edelson,-S 1998 .

١٠- الإعاقات الحسية Sensory Impairments :

لوحظ أن العديد من الأفراد الذاتويين يبدو أن لديهم إعاقات فى واحدة أو أكثر من حواسهم هذه الإعاقات يمكن أن تشمل السمع والبصر واللمس والتذوق والاتزان والشم والاحساسات العميقة Proprioceptive Senses هذه الاحساسات قد تكون زائدة الحس أو ناقصة الحس أو قد تنتج للشخص خبرة التداخل كما يحدث فى حالة الطنين Tinnitus ( رنين ثابت فى الأذن ) ، وكنتيجة لذلك قد يكون من الصعوبة للأفراد الذاتويين معالجة الاحساسات القادمة إليهم حاملة معلومات بصورة ملائمة . كما يمكن للإعاقات الحسية أيضا أن تسبب صعوبة للإثارة السوية مثل بعض الأفراد الذاتويين الذين يتجنبون كل أشكال الاحتكاك الجسمانى وآخرون على النقيض لديهم قليل أو ليس لديهم حساسية للمس أو الألم .

مثال أخر للشذوذ الحسى يتمثل فى زيادة حساسية السمع فنسبة ٤٠% من الأفراد الذاتويين يشعرون بعدم الراحة عند تعرضهم لأصوات معينة ، وهؤلاء الأفراد غالبا يغطون آذانهم أو ينفجرون مزاجيا بعد سماع أصوات مثل بكاء طفل أو صوت موتور . وعلى عكس ذلك نجد بعض الأباء قد يشكون أن أبناءهم مصابين بالصمم لأنهم يبدون غير مستجيبين للأصوات Edelson,-S 1998 .

دراسة أخرى قام بها EK,-Ulla et al 1998 للتعرف على العلاقة بين العمى بسبب التهاب أو مرض الشبكية واضطرابات الذاتوية على عينة مكونة من ٢٧ من مكفوفى البصر نتيجة التهاب الشبكية و١٤ من مكفوفى البصر نتيجة مرض وراثى بالشبكية ، وقد أشارت النتائج إلى أن ١٥ من ٢٧ ممن أصيبوا بالتهاب الشبكية كان لديهم اضطراب الذاتوية مقابل ٢ من ١٤ من مكفوفى البصر خلقيا ولم يكن لديهم التهاب

الشبكية وخلص الباحث من ذلك أن هناك علاقة ارتباط قوية بين مرض العمى الناتج عن التهاب الشبكية وبين الذاتوية ربما يرجع ذلك إلى وجود تلف مخى وسيط وإلى حد كبير فإن العمى ليس بمستقل عن الذاتوية .

ويرى Wolf & Enid 1998 أن هناك صعوبات فى تقييم الإعاقات الشديدة للصم ومكفوفى البصر والذاتوية نظرا لما يعانونه من صعوبات شديدة فى التواصل تجعل من الصعب تصنيفهم أو يتم تصنيفهم فى فئة غير مميز أو يشخص بشكل خاطئ كتخلف عقلى شديد .

وفى نهاية هذا العرض لأسباب الذاتوية يلاحظ أن الصورة اليوم عام ١٩٩٩ لم تختلف كثيرا عن الصورة عام ١٩٤٣ ، فلم تتضح الأسباب الآن أكثر من ذى قبل وأن كان هناك اتفاق على وجود خلل ما يصيب الجهاز العصبى وتركيبه ومواصلاته العصبية الناقلة الكيميائية وتتجه التخمينات إلى أنه فى الأغلب خللا عضويا فى وظيفة المخ لا نعلم إذا كان مسببا للذاتوية أم ناتجا عنها ، وهو ما يحتاج إلى مزيد من الدراسات .

## نظرية العقل Theory of Mind :

يرى Russell,-James 1997 أن النظرة السائدة للذاتوية بوصفها نتاج لصعوبات فى فهم المفاهيم العقلية يشوبها الدقة ، فالوظائف المسئولة عن التحكم فى التفكير والأفعال تمثل أساسا للاضطراب وليست ناتجة عن الإعاقات فى المفاهيم العقلية ، ومن النظريات التى تقوم بعلاج المفاهيم العقلية نظرية العقل التى تشير إلى عدم قدرة الفرد على الوعى بأن الآخرين لديهم رؤيتهم الخاصة للعالم أو لديهم أفكار وخطط مختلفة عن الذاتوى فعلى سبيل المثال إذا سئل طفل ذاتوى ليظهر صورة ما لطفل آخر فبدلا من أن يظهر الصورة للآخر يظهر الصورة له هو ( لا يلف الصورة لتصبح فى مواجهة الطفل الآخر ) فى هذا المثال الطفل الذاتوى يمكن أن يشاهد الصورة ولكنه لا يعى أن الآخر يرى جانبا آخر من الصورة . فمن الواضح أن الأفراد المصابين بالذاتوية مهما كانت قدراتهم العقلية فأنها تظل فاسدة مثل فهم معتقدات أو معرفة أو مشاعر أو رغبات أو نوايا وأحاسيس الآخرين وهذه القدرات العقلية بالطبع تكون مهمة للفهم الاجتماعى ، وفى التطور الطبيعى للطفل تظهر تلك القدرات بوضوح من سن ( ٣–٤) سنوات أما فى حالات الذاتوية فتظل مقدرة الفهم الاجتماعى متأثرة بشدة مدى الحياة . Edelson 1998 .

نظرية العقل ليست نظرية بالمعنى المعروف أو أنها تحاول أن تفسر لماذا يعانى الطفل الذاتوى من هذا العيب بالذات ، ولكنها توفر قاعدة أساسية لفهم الاضطرابات الاجتماعية لدى الذاتوى ، وبصفة عامة فبدون القدرة المناسبة للتعبير عن المعنى وراء ما يقوله الآخرون ، وبدون إدراك أن الآخرون لديهم مفاهيم ومشاعر وأحاسيس مختلفة فإن كل تفاعل اجتماعى تقريبا سوف ينتج عنه مشكلات وسوء فهم . )Howlin,-P 1997( نقلا عن محمد على كامل ص ٨٤ –٨٥ .

أشار Steiner & Kirby 1998 إلى أن العديد من المعلمين فى انجلترا والولايات المتحدة الأمريكية يستخدمون مفاهيم نظرية العقل للبرامج التى تطبق مع الطلاب الذاتويين وهو ما تؤكده باتريشيا هولن ١٩٩٨ بقولها أن هذه النظرية قد لاقت قدرا من النجاح من أجل تحسين اللعب والمهارات الاجتماعية للطفل الذاتوى

فقد تلقى عجز الأطفال الذاتويين فى قراءة العقل Mind-Read ( بمعنى أن يفهموا معتقدات وأفكـــار ونوايــا ومشاعر الآخرين ) انتباه كبير فى السنوات الأخيرة وحاولت أبحاث عديدة أن تطور طرق التدخل التى تعتمــد على هذا العمل وأيد مستخدمى هذه البرامج على أنه بعد برامج علاجية قصيرة نسبيا لاستخدام الكمبيوتر أو الصور الفوتوغرافية أو الدمى أو الممثلون فإن الأطفال الذاتويين يظهرون تحسن فى قدرقم على فهم المعتقـدات والانفعالات كما يزداد لعبهم التظاهرى ( Howlin,-P 1998 p.164 ) وفيما يلى عرض لبعـــض التدخـــلات المستخدمة لنظرية العقل :

( أ ) فهم الانفعالات Understanding Emotions

يتم تدريب الطفل على فهم الانفعالات من خلال خمس مستويات هى :

١- أن يعرف الطفل معنى الانفعالات ( سعيد – حزين – غضبان – خائف ) من خلال الصور الفوتوغرافية.

٢- التعرف على نفس الانفعالات من ملخص رسومى .

٣- التعرف على الانفعالات فى نص مقدم له مصحوبا بشكل مع إعطائه أسئلة لأنواع السيناريو المستخدم فى كل صورة وعليه أن يوصل الانفعال المناسب للصورة .

٤- تعريف الانفعالات حسب ما تريده الشخصية فإن تحقق فسوف تشعر بالسعادة وإذا لم يتحقـــق ســـوف تشعر بالحزن .

٥- يظهر الأطفال سيناريوهات لأشخاص لديهم معتقدات صحيحة أو خاطئة قد تتحقق رغباقم أو لا تتحقق والمهمة المطلوبة هى تعريف الانفعال المناسب .

تظهر أهمية هذا التدريب من خلال دراسة Gena et al 1996 التى توصل مـــن خلالهــا إلى أن ردود عاطفية مناسبة يمكن أن تنتج من خلال التدريب الذى يستخدم الدعم والتشجيع وتصحيـــح الخطـأ والأداء الهادف للرموز ، كما أشارت النتائج أيضا إلى إمكانية تعميم هذه الخبرات .

( ب ) زيادة اللعب التظاهرى Increasing Pretend Play

يمر التدريب للوصول إلى لعب تظاهرى أيضا بخمسة مراحل :

١- مرحلة المستوى الحسى الحركى وفيها يعامل الطفل الدمية أو الأشياء يدويا ببساطة .

٢- مرحلة اللعب الوظيفى وتحدث عندما يستخدم الطفل الدمية فى التحادث الاجتماعى ولكن بدون إدعاء ( مثل وضع فنجان على الطبق أو دفع السيارة للأمام ) .

٣- دفع الطفل للدخول فى أنشطة لعب تظاهرى وهذا يتضمن :

- تبدل الأشياء ( يدعى أن الألواح الخشبية تكون سيارة ) .
- عزو خصائص خاطئة لشيء ما فى اللعب ( ينظف وجه الدمية كما لو كان متسخ ) .
- استخدام أشياء تخيليه أو سيناريوهات ( شرب شاى من فنجان فارغ ) .

٤- يقوم المدرب بفعل تظاهرى ويسأل الطفل إذا كان قد فعله حقيقيا أو مجرد تظاهر .
٥- أن يقوم الطفل بلعب تظاهرى تلقائى ( بأن يقوم باللعب المنصوص عليه فى المستوى الثالث ولكن بدون دفع أو حث من المدرب ) . ومن الدراسات الحديثة التى تعرضت لتقييم أهمية هذه النظرية دراسة Reinecke et al 1997 كشفت النتائج إمكانية أن يتعلم الطلاب مهارات الخداع فى لعب مسرحية بدون تدريب شكلى مركز ، وأنه يمكن التغلب على هذه العيوب من خلال تقنية التعزيز التكرارى .
ودراسة Yirmiya et al 1996 توصلت إلى عدم اختلاف الذاتوى عن المتخلفين عقليا فى القدرة على استعمال طريقة الخداع ولكن الذاتوى كان أقل قدرة بدرجة دالة على فهم أنهم عالجوا معتقدات الشخص الآخر .
تحليل مشابه لمراحل التطور استخدمت فى تدريس الأطفال لفهم معتقدات الأشخاص الآخرين ومعلوماتهم Informational (Belief) Understanding ( أنظر Howlin,-P 1998 p.164-173 ) .

دراسة Yirmiya & Shulman 1996 توصلت إلى عدم وجود فروق فى مهام الاعتقاد الزائف بين المتخلفين عقليا والذاتويين من المراهقين والبالغين .

ويشير Happe,-Francesca-G,-E 1995 إلى دور السن والقدرة اللفظية فى اجتياز مهمات نظرية العقل ، حيث وجد أن الطفل الطبيعى عمر لفظى أربع سنوات والذاتوى عمر لفظى أكثر من تسع سنوات لديهم فرص فى اجتياز نظرية العقل بنسبة ٥٠% .

وتجدر الإشارة أن هذه النظرية لا يمتد تأثيرها لتشمل تنمية قدرة المحادثة لدى الطفل الذاتوى وهو ما توصل إليه Hadwin et al 1997 .

دراسة Steerneman & Muris 1997 بهدف التعرف على القصور فى فهم المعتقدات الزائفة False Belief الخاصة بالذاتوية والاضطرابات المرتبطة بها كالذاتوية غير النمطية والأطفال غير الناضجين اجتماعية Social Immature Children والمصابين بتشوه النمو غير المصنف على عينة تتراوح أعمارها من ٣-٦ سنوات وتم تعرضهم لمهمة الاعتقاد الزائف والمتضمنة مشاهدة صندوق شيكولاته ولكنه محتوياته غير متوقعة ( قلم رصاص) ويسأل الفرد ماذا سيقول صديقه عن محتويات الصندوق ( للاستفسار عن الاعتقاد ) وسؤال أخر ما الموجود فى الصندوق ( سؤال واقعى ) وقد كشفت النتائج عما يلى :

( أ ) الأطفال عمر ٣ سنوات أقل فى الأداء من أعمار ٦ سنوات .
(ب) عدم وجود فروق فى فهم المعتقدات الزائفة بين مجموعات العينة من الذاتويين وغيرهم عند سن ٣ سنوات .
(ج ) كان أداء الأسوياء أفضل بدرجة دالة عن باقى المجموعات عند سن ٦ سنوات .
( د) عدم وجود فروق فى أداء الاختبار بين الذاتويين وغير الناضجين اجتماعيا .
(هـ) ارتباط الأداء فى الاختبار بين مجموعتين الذاتويين وغير الناضجين اجتماعيا بمستوى ذكائهم .

وتشير هذه النتائج إلى صعوبة فهم الاعتقاد الزائف لدى الذاتويين ولكن لا يبدو ذلك محددا للذاتوية أو الذاتوية غير النمطية ولكن يمكن أن يكون سمة شائعة لنقص النضج الاجتماعى بوجه عام . وقـــد توصـــل Muris Peter 1998 إلى نفس النتائج باستخدام نفس المنهج فى دراسة لاحقة .

دراسة قام بها Leevers & Harris 1998 للتعرف على قدرة الأطفال الذاتويين على تخيل أشياء غـــير ممكن وجودها ( عندما تتطلب المهمة اقل ما يمكن من ذلك ) مقارنة بمجموعتين من الأسوياء ومضطربى التعلم ، من خلال المطابقة بين مجموعتين من الصور الأولى ممكنة مثل موز أصفر والثانية غير ممكنة مثـــل مـــوز أزرق ، وطلب منهم رسم واقعى والأخر غير واقعى ، وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق بين المجموعات .

دراسة أخرى قام بها Baron-Cohen et al 1995 للتأكد من فرضية أن مرض توريت (GTS) ومرض الذاتوية كلزمتين منفصلتين بهم اختلال فى نمو الأنظمة الأمامية المختلفة . تم تطبيق اختبار نظرية العقل واختبـــار قصد الكتابة Intention Editing واختبار ضابط هو الوظيفة التنفيذية Executive Function وذلـــك علـــى صبى عمره ٥ر١٣ سنة يعانى الذاتوية فقط وآخر عمره ١ر١٣ سنة يعانى GTS وثالث عمره ٦ر١٣ سنة يعانى المرضين معا ، وأفترض الباحث أن الطفل الذاتوى سيكون أدائه منخفضا فى نظرية العقل مقـــابل انخفـــاض فى قصد الكتابة للطفل المصاب بـــ GTS وحدوث الانخفاض فى المقياسين معا فى الطفل المصاب بالذاتوية وGTS ، كما أفترض أيضا أن نقص الوظيفة التنفيذية لا يفرق بين المرضى ، وكشفت النتائج عن تحقق هذه الفروض .

من الدراسات التى أشارت إلى نجاح مهام نظرية العقل فى تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية دراسة Ozonoff & Miller 1995 كما حاول العديد من الباحثون استخدام نظرية العقل فى تفسير عيوب اللغة والاتصال Tager-Flusberg,-Helen 1996 ، بالإضافة إلى العديد من الدراسات الأخرى التى يمكن الرجـــوع إليها لمن يريد التعرف بشكل أوسع على هذه النظرية حيث لا يتسع المجال لتناولها، ونذكر منها على ســـبيل المثال لا الحصر دراسة ( McGregor et al 1998 ، Peterson et al 1998 ، Phillips et al 1998 ، Prior et al 1998 ) ولعل ذلك الاهتمام بنظرية العقل يشير إلى أهمية الجوانب التى تتصدى لها وإلى قدرتها على تحقيق قدر من النجاح مع مرضى اضطراب الذاتوية .

# علاج الذاتوية لدى الأطفال

خضع علاج الذاتوية لفلسفات ومداخل متنوعة منها العلاج النفسى الفردى القائم علـــى الأســـس النظرية للتحليل النفسى والعلاج السلوكى ، ومنها ما هو موسع مستمر لفترات طويلة من الزمن ومنها ما هو مكثف يتم خلال فترات زمنية قصيرة ، منها ما يعتمد على العقاقير والدواء للتخلص من الأعراض ومنها ما يعتمد على الموسيقى والتدريبات الرياضية إلى آخر هذه المداخل التى تختلف باختلاف الأطر النظرية التى تقوم عليها ومع ذلك يمكن القول أن عملية علاج الذاتوية قد مرت بثلاث مراحل يمكن تحديدها على النحو التالى :

١-مرحلة العلاج النفسى الفردى .
٢-مرحلة العلاج بالعقاقير واستخدام النظام الغذائى .
٣-مرحلة التركيز على تعديل السلوك.

سوف يتناول الباحث بإيجاز المرحلة الأولى والثانية مع التركيز على المرحلة الحديثة لأنها تمثل الاتجاهات الحديثة فى علاج الذاتوية .

(١) مرحلة العلاج النفسى الفردى :-

منذ ظهر هذا الموضوع تاريخيا على يد كنر ١٩٤٣ أفترض أن هؤلاء الأطفال قد جاءوا للعالم بقدرات فطرية لتكوين تواصل وجدانى مع الناس تماما مثل الأطفال الآخرين ، وأن الذاتوية تتحـــدد تكوينـــيا كاضطراب تطورى خلال النمو الاجتماعى والعاطفى للطفل من خلال أمومة أو أبوة غير مناسبة ، وبذلك نظر للوالدين خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب الأول لصعوبات أطفالهم (Howlin 1998,p.29 وفى هذا الإطار أجريت العديد من الدراسات التى تؤيد هذه الفكرة السائدة ، نذكر منها بوتمان وسيزراك (Boatman & Szurek ) والتى توصلت إلى أن الوالدين يستخدمان الطفل لحل صراعاتهم ويعكسان على الطفل إحساسهم ، فتعطل الضغوط فى بداية حياته التطور المبكر لشخصية ، ودراسة لنرد وآخرون ١٩٦٥(Lennerd Et al ) والتى أشاروا خلالها إلى أن والدى الأطفال الذاتويين أكثر تطفلا ويتسمون بعدم تشجيع السلوك الذاتى، ودراسة سارفس وجارسيا ١٩٦٧ (Sarvis & Garcia) والتى بينت أن الاضطراب الذاتوى يتطور فى الفترة من ٣-٦ سنوات من حياة الطفل عندما تكون الأم هى الموضوع الأول بالنسبة له، لذا فأن أى عقاب للطفل فى هذه الفترة من المحتمل أن يدركه الطفل على أنه نابع من الأم ويشعر أنه مرفوض وهو ما قد يؤدى إلى تنشيط الذاتوية . ( نقلا عن نادية عبد القادر ١٩٩٧ ) .
بالإضافة إلى العديد من الدراسات الأخرى التى سارت فى نفس الاتجاه وركزت على مرضية الوالدين وتأثير اضطرابهم على أطفالهم .

تصف ميلاني كلاين التحليل النفسى لأول حالة ذهان ذاتوى لطفل يبلغ من العمر أربعة اعوام، يدعى ديك إلا أن مستواه الادائى لا يتخطى ما بين خمسة عشر شهرا وثمانية عشر شهرا إذا كان إلى حد بعيد (لا يعبر عن أى نوع من الانفعال ، ولا يبالى بوجود أمه أو غيابها ، وكان غير قادر على اللعب أو على الاهتمام بـــأى شىء وكان لا يتفوه إلا بأصوات مكرره عاطلة عن المعنى ) .

أدى الفحص التحليلى النفسى لهذه الحالة المستفحلة بميلانى كلاين إلى أن تكشف عن أن العمليات الذهانيـــة تؤدى إلى اضطراب فى تكوين الرمز . وهى عندما تصف (ديك) فأنها تصفه باعتباره قد أخفق تماما فى تحمــــل الحصر، ولقد كانت كلاين تسعى من خلال العلاج إلى إعادة تواصل الطفل مع التخيلات البدائية تلك الـــتى كانت تظهر على شكل اهتمام خاص ومتكرر للقطارات وللحروب فى شكل اهتمام بمقبض البـــاب وبفتحـــه وغلقه .

وتبين ميلانى كلاين العوامل التى تنشأ عن مثل هذا الكشف فى مجال فهم الميكانزمات وفى مجال نمـــو الأنا إذ ترى أن الرمزية لا تعد فقط حجر الزاوية فى بناء التخيلات كلها ، وإنما تعد أيضا حجر الزاوية لكـــل إعلاء ، وعلى أساس منها تشيد أيضا العلاقة بين الفرد والعالم الخارجى والواقع بشكل أكثر عمومية .

لقد قدمت ميلانى كلاين الفرض القائل بوجود نوع من الدفاعات أكثر بدائية وأكثر عنفا من الكبت ، وذلك بعد علاجها لحالة ديك ويقوم هذا الدفاع فى رأى كلاين على أن يحارب الطفل من خلال الإخــــراج ضد المصدرين الرئيسين للخطر واللذين يوجدان فى بدء الحياة النفسية ،اعنى الدفعتين الســـــادية والموضـــوع المضطهد . نيفين زيور ١٩٨٧ ص ٥٤ .

كما تشير مرجريت ماهلر إلى الذهان الذاتوى بوصفه حالة من التثبيـــت أو النكـــوص إلى المرحلـــة الذاتوية السوية مما ينتج عنه تشوهات فى هذه المرحلة ويخفق الطفل فى إدراك أمه بوضوح كما يخفق فى التفرقـة بين ما بداخل جسمه وما بخارجه ، ومن وجهة نظر دينامية فأن الصورة على هذا النحو إنما تشير إلى هلوســـة سلبية ترتبط بعجز الطفل على التوجه نحو العالم الخارجى .

وتعتمد طريقة علاج الأطفال المصابين بالذهان على افتراض أساسى فى صياغات ماهلر النظرية اعـــنى أن النمو النفسى يضطرب ويتوقف عن التقدم فى حالة ما إذا لم يعش الطفل حالة مشبعة فى مرحلة الســـمبيوز، وهكذا يصبح أول شرط لعلاج الطفل المصاب بالذهان الذاتوى بناء تدريجى للاحتكاك مع الموضوع الإنسانى . أما الشرط الأساسى لعلاج الطفل المصاب بالذهان السمبيوزى محاولة أن يخبر السمبيوز مرة أخرى ولكن على نحو مشبع .

وهكذا فإن طريقة علاج الذهان فى الطفولة إنما تقوم على محاولة لتشييد علاقة سمبيوزية مع توخــــى الحرص فى دفعه إلى الأمام كى يلتقط أول خيط يربطه بالعالم الخارجى . فالطفل الذاتوى ينبغى أولا أن نخرجـــه من قوقعته الذاتوية وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن استخدام أنشطة إيقاعية مثل الموســـيقى وكذلـــك استخدام أنشطة تستثير اللذة ،وذلك باستخدام الموضوعات الجامدة. وينبغى أن يكون الأمر واضحا تماما بأنــه لا ينبغى فى مثل هذه الحالات أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل ذلك أنه يصعب عليه تحمله والمهم أيضا أن

ندرك أنه من الخطر أن ندفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعى ذلك أنه منذ بداية حياته دون مستوى التعلــــق السمبيوزى ولذلك فإن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابة كتاتونية أو إلى القيام بدفاعــــات ذهانيــــة حادة.

ترى مهلر أن الوظائف العلاجية ينبغى أن تقوم بما يلى :-

(١) العلاج التصويبى ( التصحيحى ) ينتمى هذا النوع من العلاج إلى منح الطفل فرصة جديدة كى يعيش مرة أخرى مراحل كان قد احبط خلالها ولكن على نحو مشبع وخاصة مرحلة السمبيوز ومن ثم يمكن اعتبار هذا النوع فى العلاج على أنه علاج تصويبى .

(٢) علاج نكوصى ذلك أن المعالج يحاول أن يرجع بالطفل إلى مراحل ماضية أى ينكص به نكوصا وقتيا ومن ثم يمنحه الفرصة كى يحقق اشباعاته التى كان قد افتقدها فى الأصل .

(٣) علاج بديل ذلك أن المعالج يصبح بديلا عن الوظائف المعطوبة للانا وبديلا عن الأم بوصفها الشريك فى السمبيوز .

(٤) علاج يحمل منظورا تعليميا : فى هذا التناول يصبح المعالج ممثلا للواقع وسندا للنمو المعرفى للطفل .

( نيفين زيور ١٩٨٨ ص . ص ٨٨-١٠١ ) .

مثل هذه النظريات التى كانت واسعة الانتشار خلال العقد الخامس والسادس من هذا القرن أثــــرت على المدخل العلاجى فكان العلاج الفردى هو الأساس وكانت النظريات السيكودينانية هى المسيطرة فى تفسير أسباب الذاتوية القائم على اعتقاد أن الذاتوية ناشئة عن الأم الباردة كالثلاجة ( Cold Refrigerator Mother ) وأن الغضب الوالدى يدعم أو يقوى الأعراض الذاتوية ،ولكن ( Campbell.M. Et al 1996 ) اســـتنتجوا أن التحليل النفسى كعلاج للذاتوية له قيمة محدودة كما ذكروا أن العلاج الفردى يمكن أن يكون مفيدا للأفـــراد أو الأشخاص ذو الأداء الوظيفى المرتفع والقادرين لفظيا على الانخراط فى هذا النوع من العلاج ،كما أشـــاروا أيضا أن المراهق ذو الأداء الوظيفى المرتفع يمكن أن يتألم من واقع أنه مختلف عن رفاقه وبالتالى فـــإن الإرشـــاد الفردى يمكن أن يفيدهم لفهم إعاقتهم ويزيد من قدرتهم المبدئية ويساعدهم فى تطوير مهارات توافـــق أكـــثر فعالية .

والحقيقة التى لا ينبغى إغفالها إن العلاج بالتحليل النفسى للطفل الذاتوى ما زال مستخدما حتى اليوم فى الأقطار التى تتمسك بالتقاليد التحليلية مثل فرنسا وهو ما يؤكد ظهور دراسات عديدة بها تستخدم ذلـــك المنهج فى دراسة الذاتوية منها على سبيل المثال دراسة ( Haudenshild ) عام ١٩٩٧ التى أشارت إلى دعـــم وتعزيز الوجود الجسدى اللفظى لطفل عمره عامين يعانى من دفاعات ذاتوية من خلال الموضوع المفضل(الأم أو المحلل)

(٢) مرحلة العلاج بالعقاقير واستخدام النظام الغذائي :–

(أ ) العلاج بالأدوية والعقاقير :

ذكرنا عندما تناولنا أسباب الذاتوية خلال العقود الحديثة أن المعلومات المتعلقة بالذاتوية بدأت تتراكم ودعمت العديد من الأبحاث الأساس البيولوجي للذاتوية خلال العقد الماضي ، كما لوحظ زيادة في عدد الدراسات والبحوث التي تناولت علاج الأطفال والمراهقين والبالغين المصابين بالذاتوية ويظهرون أعراض تحتاج إلى علاج دوائي .

ويركز العلاج الدوائي على أعراض مثل فرط الحركة وسرعة الاستثارة والانفجارات المزاجية في الطفولة المبكرة ، بينما يركز على أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة ، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتويين ذي الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي . وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي أظهروا أن فعالية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوي أكثر قبولا للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تيسر عملية التعلم ( Campbell-M. Et al 1996) ويرى الباحث الحالي من خلال استعراض لبعض الدراسات التي تناولت فعالية العقار أن بها الكثير من التضارب في النتائج وهو ما يمكن أن توضحه النماذج التالية .

دراسة ( August, Et al 1987 ) للتعرف على استجابة الذاتوي المرتفع الأداء الوظيفي والمنخفض الأداء الوظيفي لعقار الفينفلورامين Fenfluramine كشفت النتائج أن تركيزات السيروتونين بالدم قد نقصت بمتوسط ٦٠% بعد ٦ أسابيع من تعاطي العقار لكل المرضى ، كما كشفت عن نقص في فرط الحركة والأعراض الحركية وتحسن في الانتباه وذلك في كل من المجموعتين ،كما تحسن الوعي الاجتماعي لدى المجموعة مرتفعي الأداء الوظيفي . أما الأعراض الأولية للذاتوية فلم تحدث بها تغيرات ذات دلالة .

وفي دراسة ( Varley & Holm 1990 ) والتي هدفت التعرف على تأثير عقار الفينفلورامين Fenfluramine على ٦ من الأطفال الذاتويين تم تتبع حالاتهم مدة ٢٧ شهر . أشارت النتائج إلى ظهور مشاكل عديدة تنتج عند إيقاف العقار كمشاكل في الشهية والوزن والاحتياج لتدخلات علاجية أخرى .

وفي دراسة قامت بها ( Campbell-M. Et al 1988 ) للتعرف على الأمان الصحي لعقار الفين فلورامين Fenfluramine في الأطفال الذاتويين أشارت النتائج إلى فشل هذا العقار في تقليل الأعراض بالإضافة إلى ظهور أعراض جانبية أهمها أحداث درجة من التبلد عند قيامه بالتعلم أو أداء وظائفه .

وفي دراسة قام بها ( Birmaher.B. Et al 1988) وذلك للتعرف على فعالية الميثايل فينيدات Methylphenidate في علاج ٩ أطفال ذاتويين تتراوح أعمارهم من ٤–١٦ سنة تم إعطائهم الميثايل فينيدات Methylphendiateمن ١٠–٥٠ مليجرام فوجد أن هناك تحسنا ملحوظا في نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة على جميع الأطفال باستثناء الطفل الأكبر ، ولم تظهر أعراض جانبية جسيمة .

وفى دراسة قام بها ( Strayhorn Et al 1988 ) وذلك للتعـــرف علـــى فعاليـــة ميثـــايل فينـــدات Methylfphenidate توصلت إلى وجود تأثيرات إيجابية على الانتباه والنشاط والسلوك التدميرى والحركـــات النمطية مع وجود تأثيرات سلبية على الوجدان والانفجارات المزاجية .

وفى دراسة قام بها (McDougle.C.J. Et al 1992) لدراسة فعالية استخدام عقـــار الكلومـــبرامين Clomipramine فى علاج الذاتوية أعطى التقرير برهانا أوليا على فعاليـــة اســـتخدام عقـــار الكلومـــبرامين Clomipramineفى علاج صغار البالغين المصابين بالذاتوية حيث أجريت دراسة على خمسة من المرضى مصـــابين باضطراب ذاتوية ، أربعة منهم أظهروا تحسنا ذا دلالة فى العلاقات الاجتماعية والأعراض الوسواسية القهريـــة والعدوان والسلوك الاندفاعى باستخدام هذا العقار . هذه المشاهدات تتسق مع البرهان الذى يشـــير إلى أن السيروتونين كناقل عصبى فى المخ قد يكون هاما فى العلاج .

وفى دراسة قام بها ( Perry Et al 1989) بهدف تقييم فعالية عقار الهالوبيرودول Haloperidol علـــى المدى البعيد للأطفال الذاتويين ، وتحديد ما إذا كان إيقاف العقار فعالا مثل استمرار إعطائه وذلك على عينـــة من ٦٠ طفل ذاتوى ٤٨ من الذكور و ١٢ من الإناث . أشارت النتائج أن العقار ظل فعالا رغـــم إيقـــاف برنامج العلاج على الأطفال ذو الأعراض البارزة مثل الإثارة والغضب والتصلب الانفعالى وعدم التعاون .

وفى دراسة قام بها ( Cook Et al 1992 ) لدراسة فعالية عقار الفلوكســـتين Fluoxetine كعـــلاج للأطفال والبالغين المصابين باضطراب الذاتوية والتخلف العقلى حيث أجريت الدراسة بإعطـــاء جرعـــة ٢٠ مليجرام يوما بعد الأخر زادت حتى ٨٠ مليجرام فى اليوم ، وقد أدت إلى تحسن ملحـــوظ فى الانطباعـــات الإكلينيكية تراوحت من الشدة الاكلينيكية لدى ١٥ من ٢٣ فرد مصابين بالذاتوية بالإضافة إلى ١٠ من ١٦ مصابين بالتخلف العقلى فى المقابل ٦ من ٢٣ من المصابين باضطراب الذاتوية و ٣ مـــن ١٦ مـــن المصـــابين بالتخلف ظهرت لديهم أعراض جانبية ملحوظة لدرجة التداخل مع الأداء الحياتى منها عدم الاستقرار ونقـــص الشهية والأرق .

وفى دراسة ( Delong,G. Et al 1998 ) عن تأثيرات العلاج بالفلوكستين Fluoxetine على أطفـــال صغار مصابين بالذاتوية وذلك على عينة مكونة من ٣٧ طفل تتراوح أعمارهم من ٢-٧ سنوات وتم إعطاءهم هذا العقار لمدة تتراوح من ١٣-٣٣ شهر ، كشفت النتائج تحسن ٢٢ طفلا من بينهم ١١ طفـــلا تحســـنوا بدرجة ممتازة وأصبحوا قادرين على الاندماج فى فصل دراسى بينما كانت استجابات ١١ طفلا جيدة رغـــم إنهم ظلوا بنفس الأعراض الذاتوية ، اشتملت التحسنات الجوانب السلوكية واللغوية والمعرفيـــة والانفعاليـــة والاجتماعية فقد ظهر اكتساب اللغة مع تطور النمو فى كل مرحلة مقارنة بحالتهم قبل العلاج بالإضافـــة ألى أن هذه المشاهدات المبدئية تشير إلى تورط الألياف السيروتونية فى حدوث الأعراض الذاتوية .

وفى دراسة قام بها (Hilton Et al 1991) وذلك للتعرف على تأثير عقار الإميـــبرامين Imipramine على عرض نقص الانتباه مفرط الحركة فى طفل لديه الكروموسوم الأنثوى الهش Fragile X هذا الكروموسوم

يعد السبب الثالث الأكثر تسببا للتخلف العقلى (فضلا عن أن نسبة من الذاتويين لديهم هـــذا النـــوع مـــن الكروموسومات) وقد أحدث العقار تحسنا فى الأرق والبوال .

وفى دراسة ( Plioplys,A. 1998) والتى هدفت إلى التعرف على فعالية عـــلاج الأطفـــال المصـــابون بالذاتوية بالحقن فى الوريد بمادة أميونوجلوبيولين Immunoglobulin وذلك على عينة مكونة من ١٠ أطفـــال مصابون بالذاتوية تتراوح أعمارهم من ١٧ - ٤٠سنة ويعانون من اضطرابات مناعية ظهرت فى اختبـــارات تحليل الدم ، تم إعطاء العقار بالحقن فى الوريد بنسب تتراوح من ٢٠٠-٤٠٠ مليجرام لكل كيلو من الـــوزن وتم الحقن كل ٦ أسابيع وذلك خلال برنامج علاجى على أربع جرعات . أربعة من الأطفال أظهروا تحســـنا طفيفا فى السلوك أثناء البرنامج العلاجى ظهر فى زيادة فترة الانتباه والنشاط الزائد ، ولم يلاحظ الأهل التحسن فى أى حالة من الحالات باستثناء حالة واحدة اختفت فيها أعراض الذاتوية بعد فترة الحقن (٤ مرات) وبعـــد انتهاء العلاج تدهورت حالة الطفل على مدى ٥ شهور وعاد إلى حالته الذاتوية الأولى .

دراسة أخرى قام بها Gunpta et al 1996 عن تأثير الحقن أميونوجلوبيولين Immunoglobulin لـــ ٢٥ طفلا مصابا بالذاتوية تتراوح أعمارهم من ٣ - ١٢ سنة من خلال الحقن بالوريد على فترات كل أربـــع أسابيع مدة ستة شهور على الأقل ، لوحظ أن هناك تحسن فى الاتصال عن طريق العين والكـــلام والســـلوك وبعض مظاهر الذاتوية الأخرى .

وفى دراسة قام بها ( Kolmen,B. Et al 1997) بهدف التـــأكد مـــن كفـــاءة عقـــار النلتركســـون Naltrexone على عينة من ٢٤ طفلا يعانون من الذاتوية تتراوح أعمارهم من ٣-٨ سنوات .كشفت نتـــائج المقارنة عن وجود فروق دالة فى تقييم أداء ١١ طفلا على مقاييس السلوك قبل وبعد تناول العلاج .

وفى دراسة قام بها ( Nicolson,-Rob. Et al 1998 ) بهدف تقييم الفوائد والأعراض الجانبية للعـــلاج بعقار الرسبيريدون Risperidone على ١٠ أطفال ذكور تتراوح أعمارهم من ٥ر٤ حتى ٨ر١٠ سنة وذلـــك خلال ١٢ أسبوع من العلاج بهذا العقار . بدأ العلاج بجرعة تساوى ٥ر. مليجرام يوميا مع زيادة متدرجـــة لجرعة قصوى وصلت ٦ مليجرام وتم رصد السلوكيات بواسطة الفاحص وأولياء الأمـــور .كمـــا تم تقديـــر التحسن ووجد أن ٨ من ١٠ أطفال اعتبروا مستجيبين وهذه النتيجة تشير إلى أن هذا الدواء قد يكون مأمونا ويعطى تحسنا فى العديد من الأعراض السلوكية للأطفال الصغار المصابين بالذاتوية . كمـــا لوحـــظ أن وزن الأطفال قد زاد خلال ١٢ أسبوع بمعدل ٥ر٣ كيلو جرام .

وفى دراسة سابقة قام بها ( Horrigan,Joseph-P. & Barnhill,-L.-Jarrett 1997 ) للتحقـــق مـــن فعالية عقار الرسبيريدون Risperidone على عينة من ١١ طفل من الذكور المصابين بالذاتوية يعـــانون مـــن سلوك إيذاء الذات وعادات نوم سيئة . كانت الجرعة النموذجية للاستجابة ٥ر. مليجرام مرتين يوميا ولوحظ تحسن فى هذه السلوكيات كما لوحظ أن من الآثار الجانبية الهامة زيادة الوزن .

السؤال الذى يطرح نفسه بعد هذا العرض هو ما هى الجدوى الحقيقية من استخدام هذه العقاقير التى تتبـــاين نتائجها وأعراضها الجانبية باختلاف طبيعة الأفراد ؟ لعل الإجابة على هذا السؤال يمكن أن نجدها فى تقريـــر

مختصر نشره Lewis 1996 أشار فيه إلى تراجع الاكتشافات الحديثة فى مجال تدخلات كفاءة الأدوية النفسية فى الذاتوية وإلى وجود فجوات فى معرفة التأثيرات غير المرغوبة للعقاقير .

(ب) النظام الغذائى والعلاج بالفيتامينات : Dietary and Vitamin Treatments

١ – الحدود الغذائية Dietary Restrictions .

أقترح عدد من الباحثين أن عدم تحمل الغـذاء أو الحساسية للغذاء قد تكون مسئولة عن بعض الاضطرابات السلوكية للذاتويين . فقد لاحظت العديد من الأسر أن هناك تغيرات درامية لحد ما بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالها ، وقام الباحثون حديثا بتحديد ببتيدات )Peptides( غير سويه فى بول الأفراد الذاتويين ( Edelson 1998) وقد قدم Rimland 1996 تقريرا مختصرا عن وسائل بديلة لعلاج الذاتوية منها الغذاء خاصة جرعة كبيرة من فيتامين ب ٦ والمغنيسيوم وعلاج حساسيات الطعام وعلاج العدوى الميكروبية وعلاج اختلال الجهاز المناعى ، وهو ما أكد عليه أيضا Adams & Conn 1997 وفى دراسة قام بها (Rimland 1994 ) لاحظ فيها أن ٤٠–٥٠%من الأباء الذين أزالوا اللبن والقمح أو السكر من غذاء الأطفال شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ، حيث يعتقد أن هذه الببتيدات قد تعود إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات معينة وتحويلها إلى أحماض أمينية هذه البروتينات هى الجلوتين Gluten مثل القمح والشعير والكازين Casein (يوجدفى لبن الأبقار ولبن الأم ) إلا أن (Renzoni et al 1995) فشلوا فى أن يجدوا برهانا على أن زيادة الحساسية لدى الأطفال المصابين بالذاتوية مختلفة عن مجموعة مقارنة لها نفس الخصائص من حيث السن والجنس ، ومن الدراسات الحديثة فى هذه المجال دراسة Pontino et al 1998 والتى هدفت التعرف على تأثيرات الغذاء الخالى من الجلوتين على معدل التعلم فى الأطفال الذاتويين وقد استخدم الباحث طريقتين للمقارنة الأولى المقارنة بين المجموعة التجريبية والضابطة والثانية المقارنة فى أداء المجموعة ذاتها قبل وبعد العلاج . كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بينما أسفرت الدراسة الثانية ( المقارنة فى أداء المجموعة ذاتها ) عن تحسن ذو دلالة إحصائية فى معدل الإنجاز بعد بدأ النظام الغذائى الخالى من الجلوتين .

( ب ) الفيتامينات : Vitamins

أجريت بعض الدراسات فى فرنسا بواسطة ( Lelord et al. 1982) أشارت إلى أن العلاج بفيتامين ب ٦ ينتج عنه تحسنات سلوكية فى ١٥ من ٤٤ طفل ذاتوى وفى دراسات متأخرة قام بها (Martineau et al. 1988) قررت أن خلط فيتامين ب ٦ مع مغناسيوم Magnesium ينتج تحسنا أفضل من استخدام فيتامين ب على حده . ومن خلال عينة مكونة من ٣١٨ من أباء الذاتويين أجابوا على استبيان عن استخدام الفيتامينات والعلاجات الأخرى قرر ٤٦% أن هناك تحسن فى سلوك أطفالهم (نقلا عن Edelson 1998 )

( ج ) ديميثايل جلايسين )Dimethylglycine)DMG .

أشارت بعض التقارير أنه يساعد فى حالة الشخص الصحية العامة ويحفز مهارات التواصل .

. Edelson, 1998

( د ) كانديدا البيكتر Candida Albicans .

لوحظ أن بعض المصابين بالذاتوية لديهم كميات هائلة من الخميرة التى تسمى كانديدا البيكتر فى قناتهم المعوية بمعدلات مرتفعة وافترضوا أنها قد تكون عامل مساهم للعديد من المشكلات السلوكية .

وهناك من يشير إلى أن المضادات الحيوية المستخدمة فى علاج التهاب الأذن الوسطى قد تدمر الميكروبات المنظمة لكمية الخميرة فى القناة المعوية وكنتيجة لذلك تنمو الخميرة بسرعة وتطلق سمومها فى الدم مما يؤثر على وظائف الدماغ ويمكن التعرف على كمية هذه الخميرة من خلال تحليل البراز وأن تعالج بعقار النستاتين Nystatin . ( Edelson, 1998 )

(٣) المداخل السلوكية أو النفس اجتماعية : Behavioral/Psychosocial Approaches

تعديل السلوك كما هو مشتق من النظرية الحديثة فى التعلم يجب أن يتم فى علاج موسع للأفراد الذاتويين وقد أفترض بواسطة مجموعة من الباحثين أنه واحد من أكثر المداخل العلاجية أملا لهؤلاء الأفراد ( DeMyer Et al 1981 ) . وتلعب المداخل السلوكية دورا أساسيا فى التدخل العلاجى للذاتوية وهى مبنية على مجموعة من الاستراتيجيات التى تقلل الصعوبات السلوكية وتحسن الجوانب الاجتماعية والتواصلية والمعرفية . ويوجد قليل من الشك فى أن استخدام المداخل السلوكية يحدث تحسنات عظيمة فى التعليم والتفاعل والعلاج للأطفال المصابين بالذاتوية على مدار العقود الثلاثة الماضية ( Howlin & Rutter 1987 ) نقلا عن Howlin 1998 p79 ؛ ومن العوامل الهامة فى العلاج كما يراها (Campbell,-Susan et al 1998) التدخل المبكر ، التقييم الذى يستند إلى إطار مرجعى، تحليل السلوك ، الممارسات المناسبة لمستوى النمو ، تدريب الوالدين ، التعليم المدرسى .

تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كليا . من أجل السيطرة على السلوك الفوضوى لدى الطفل ، ويرجع اختيار هذا الأسلوب إلى عدة أسباب أهمها :

١-أنه مبنى على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان طويلا .

٢-أنه يمكن قياس تأثيره بشكل عملى واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التى غالبا ما تتدخل فى نتائج القياس .

٣-أنه نظرا لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الاضطرابات فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماما للأسباب وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها من دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصلها ونشأتها .

٤-أنه ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب فى تعديل السلوك .

ويجب ضرورة إعداد نظام ثابت لمكافأة السلوك الذى يهدف إلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية . ولضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم ، فأنه يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية :

١- تحديد الهدف : إذ لابد من العمل على اختيار السلوك المرغوب تكوينه بشكل محدد وواضح ، مثل الرغبة فى تعليم الطفل الابتسام لغيره ، أو مشاركة الآخرين فى اللعب ، أو نطق كلمة معينة ، أو القيام بسلوك حركى معين . أما الأهداف العامة مثل التعاون أو النظافة أو السلوك الاجتماعى بشكل مطلق فإنها تشكل مجالات واسعة يصعب قياسها ما لم يتم تحديدها فى شكل وحدات سلوكية لا يمكن الاختلاف فى فهمها أو تطبيقها .

٢- سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل : إذ بعد أن يعمل المعلم أو المدرب أو ولى الأمر على جذب انتباه الطفل أولا ، فإن عليه استخدام تعليمات سهلة يفهمها الطفل ، وذلك فى اللحظة المناسبة ، مع عدم توجيه الحديث إليه فى حالة عدم انتباهه . ويتم توجيه التعليمات بشكل سهل ولا يحتمل ازدواج المعنى ، كما يجب إلا يكون مطولا بحيث يؤدى إلى صعوبة المتابعة . والأمثلة التالية تعطينا مثالا لما يجب أن يكون : أرفع يدك - أمسك بالقلم – انظر للأعلى – ألمس اللون الأحمر ... الخ .

٣- حث الطفل على الاستجابة عن طريق الملاءمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة ، إذ قد لا يستجيب الطفل أحيانا لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .

٤- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار مكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحقيق الهدف . فإذا كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة "باب" مثلا ، وأن الطفل قام بنطق المقطع "ب" فى المرة الأولى ، ثم نطق "با" فى المرة الثانية ، فإنه يتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل فى حينها .

٥-نوعية المكافأة : ويلاحظ أنه من الضرورى أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل ، فإذا نجح الطفل فى نطق كلمة "باب" كما هو مطلوب فى الخطوة السابقة فلا بد من مكافأة الطفل على ذلك . وليس من الضرورى أن تكون المكافأة مادية فى شكل أطعمة أو حلوى أو مشروبات ، كما يحدث فى بعض البرامج وإنما بالإمكان تقديم مكافآت معنوية مثل تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه ، حيث تنجح المثيرات العضوية المتمثلة فى الاتصال الجسدى ، والمثيرات الانفعالية مثل إبداء السرور بالطفل وإشعاره بالحب والقرب منه فى حث الطفل على تكرار السلوك المرغوب بنفس القوة التى تحدثها المكافأة المادية . (رمضان محمد القذافى ١٩٩٣ ص . ص ١٦٥-١٦٧ ) .

وليس من الضرورى أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المهنيين فقط ، وإنما يمكن تدريب الأباء والمدرسين والاختصاصين الاجتماعين وغيرهم على استخدام هذا الأسلوب بعد التدريب عليه ، بشرط أن

يكون الهدف واضحا ، وهو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية بعد تدريبهم على أساليب السلوك الاجتماعى والانفعالى بشكل خاص .

دعائم تعديل السلوك :

لاحظ الباحث من خلال الدراسات السابقة أن هناك أربع دعائم أساسية تؤكد عليها كافة الدراسات والبرامج التى تتعامل مع هذه الفئة المرضية ، وهذه الدعائم هى :

١ - المشاركة الفعالة من الوالدين :

عندما عرف كانر الذاتوية عام ١٩٤٣ استخدمت كإمتداد للنظريات الفرويديه التى تفترض أن سبب الاضطراب عداء لا شعورى ورفض للوالدين خاصة الأم ، ونتيجة لذلك كان يفضل فى البداية فصل الطفل الذاتوى عن والديه ووضعه فى قسم داخلى للعلاج (Pettelheim 1967 ) ، إلا أن العقود التالية أحدثت تغيرا فى هذا المجال واضعة أو مستبدلة الأشكال النظرية بأبحاث امبيريقية زادت من المعرفة بالذاتوية وأشارت إلى أن الذاتوية هى نتاج لعوامل بيولوجية متعددة وبذلك يكون الأب والأم ضحايا للاضطراب كأطفالهم (Schopler & Loftin 1969 ) بعد ذلك بدأت العديد من المشروعات التى اهتمت بأن يشارك الوالدين فى علاج أطفالهم . ومن بين النماذج المقدمة نموذج Eden Model والذى يسعى إلى تقديم خدمات للذاتوى عبر مرحلة الحياة ويركز على أن يجعل الوالدين قادرين على الاستفادة من هذا النموذج وبالتالى استقرار برامج خدمة الذاتويين على مدار حياتهم كاملة (نقلا عن Campbell et al 1996 ) كما قدم Sugerman,-Sherly 1995 سلسلة من التدريبات المنهجية المتضمنة جلسات مدتها ساعتين أسبوعيا لمدة ١٢ أسبوع تضمنت زيادة فهم الوالدين للذاتوية حتى تمكنهم من التعرف على سلوك الطفل وتعليم الوالدين مهارات تصميم وتطبيق طرق معالجة السلوك وتقديم صيغة للتدريب تمزج بين الأوامر المباشرة ومناقشة المجموعة ومشاهدة شرائط فيديو وأنشطة عملية وأنشطة ،واجب منزلى ومن خلال تطبيق ذلك على ٣٥ مشارك دالت النتائج أن الممارسة كانت إيجابية وحققت الأهداف المحددة لها كما أصبح الوالدين أكثر فهما لأبنائهم الذين يعانون الذاتوية وأكثر قدرة على التدخل العلاجى لتحقيق السلوك المناسب .

ولقد نشر Eric Schopler & Robert Reichler سنة ١٩٧١ بحثا عرضا فيه مزايا التدريب العملى لأولياء الأمور على أساليب التعليم وتشجيعهم لأن يصبحوا خبراء فى حالة أبنائهم ، قام هذان الباحثان فيما بعد بتأسيس مؤسسة Treatment and Education of Autism, and Related Communication Handicapped Children (TEACCH) فى نورث كارولينا والتى تقدم التدريب الأساسى لآباء الأطفال الذاتويين ( بهجت عبد الغفار موسى ١٩٩٦ ص ٦٤ )

وتشير Howlin 1998 (أ) فى إطار تناولها للعلاجات النفسية والتعليمية للذاتوية أن دور المتخصصين هو إمداد الأسر بالمعلومات ومساندتهم بهدف مساعدتهم لتحديد المشكلة فى إى مرحلة من مراحلها وأيضا

مساعدهم فى عمل الإستراتيجيات التى من شأنها أن تقلل من أثر مشكلات التواصل الاجتماعى والوساوس إلى أخر الأعراض التى يعانى منها هؤلاء الأفراد كما ترى أنه لا يوجد أسلوب علاجى واحد فعال يصلح لكل الأطفال وكل الأسر . بينما يؤكد Akkok et al 1996 أن الضغوط Stress والقلق Anxiety والاكتئاب Depression يقل بين أباء هذه الفئة فى حالة المساندة الاجتماعية Social Support والتواصل الاجتماعى مع أسر أخرى ، كما أن انفعالات الوالدين تزداد عندما تكون المريضة أنثى Sharpley et al 1997 أما الأمهات اللاتى تعزين الذاتوية إلى الحظ السيئ فيكن أكثر انفعالا وأكثر شعورا بالضغط ، كما يبدو أن أباء الطفل الذاتوى أقل انفعالا من أباء الطفل المتخلف عقليا ، وعلى العكس من ذلك نجد أن أمهات الطفل الذاتوى يكن أكثر انفعالا من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا .

ويشير Glasberg & Harris 1997 أن إدراك أعضاء الأسرة للطفل يتناسب بموضوعية مع إدراك الآخرين له ، وأن قدرة الأباء على تقييم الطفل الذاتوى أكثر موضوعية من تقييم الآخرين .

دراسة أخرى قام بها Short et al 1984 بهدف تقييم استخدام الأهل كمساعدين فى معالجة الأطفال الذاتويين وذلك على عينة مكونة من ١٥ طفل وطفلة من خلال برنامج علاجى ركز على تدريب الأباء على كيفية تنمية المهارات وأساليب الاتصال فى مرحلة مناسبة للطفل ، والتفاعل الإيجابى ، وتقديم مواد فى قالب تعليمى ، والاستخدام الفعال للتعزيز .

حقق البرنامج نتائج علاجية مفيدة فيما يتعلق بالسلوك المناسب للطفل ، والتخفيف من الضغوط الوالدية والتكيف . قرر الآباء أن العلاج قد حقق نتائج مرضية .

وفى دراسة قام بها Shabiro et al 1988 للتعرف على التفاعل التواصلى بين الذاتويين وأمهاتهم وذلك على عينة مكونة من خمسة من الأطفال الذاتويين وطفل لديه حبسة كلام وباستخدام المقياس لوصف سلوك التفاعل بين الأطفال وأمهاتهم ، كشفت النتائج أن هؤلاء الأطفال لم يكونوا قادرين على إقامة حوار ناجح ، ولكن بعد برنامج تربوى أستمر لمدة ٥–٨ أشهر أصبحت الأمهات أكثر قدرة على إقامة هذا الحوار مع الطفل الذاتوى .
وتجدر الإشارة إلى بعض المشكلات الإكلينيكية التى تواجه المتخصص عند تقدير نمو الأطفال الذاتويين ومشوهى النمو والمتضمنة أهمية دور الوالدين :

أ ) أن بطئ النمو لا يسهل تقديره باستخدام مقاييس النمو بعد فترة قصيرة .
ب) الطفل الذاتوى لدية تغذية راجعة قد تؤثر سلبيا على الوالدين وتخلق موقف محبط لهما بشكل كبير لا يشجعهم على الاستجابة له لأنه غير مستجيب أصلا مما يؤدى إلى إحجام الوالدين نظرا لنقص التفاعل والسرور المتبادل .

ج ) الخبرات الأخيرة تؤدى إلى تفاعلات سالبة إما بالإلحاح أو الانسحاب فيصبح الطفل الشاذ أكثر تأخرا نتيجة لذلك .

٢- الدور الحيوى لبرامج التعليم :

خلال عام ١٩٥٣ بادر (Carl Fenichel) بإعداد برنامج تعليم خاص للأطفال الذاتويين وشديدى الإعاقة وأسماه مدرسة اليوم الخاص Special day School كبديل لمستشفى الأمراض العقلية . هذا البرنامج وجه بشكل فردى لكل طفل ليتناسب مع قدرات كل طفل على حده ، وكان الهدف منه مركز على مهارات رعاية الذات Self Care Skills وإعداد الطعام وشراء الاحتياجات ... الخ وذلك بالنسبة للأطفال الذين لم يظهروا تقدما فى الإنجاز الأكاديمى . المعهد القومى للصحة النفسية The National Institute of Mental Health (NIMH) دعم برامج التدريب المنزلية داخل إحدى مدارس نيويورك بهدف تدريب أبناء الأطفال الذاتويين فى سن ما قبل المدرسة أو من يعنون بهم من الآخرين بالإضافة إلى دعمه لبرامج (TEACCH) والذى يقوم على الملاحظة المباشرة للاحتياجات الخاصة بالأطفال والأولوية للتعاون الأبوى المهنى .

وبرنامج TEACCH يعتبر واحدا من برامج عديدة تستخدم الآن فى أمريكا وأماكن عديدة من العالم ، قد تختلف طرق التدريب أو الدور الموكل للوالدين ، ولكن النتيجة النهائية واحدة هى بدون فروق جوهرية بينها .. فالآباء يتعلمون كيفية إعطاء تعليمات واضحة ، تشكيل استجابات الطفل ، تدعيم الاستجابات الصحيحة ، استبعاد السلوك غير المرغوب فيه بشكل منظم وبسيطرة ملائمة على البيئة المحيطة ( بهجت عبد الغفار موسى ١٩٩٦ ص ٢٤ ) .

ويعد برنامج (TEACCH) من أكثر البرامج استخداما فى دول عديدة كما أن العديد من مبادئه طبقت فى المدارس العامة بالولايات المتحدة الأمريكية خاصة بعد صدور القانون الذي ينص على التعليم المجانى لكل الأطفال من الميلاد حتى ٢١ عام والمشخصين بالذاتوية أو اضطرابات تشوه النمو .

وتهدف البرامج التعليمية فى هذا البرنامج إلى علاج الكلام ، علاج اللغة ، العلاج المهنى ومن المبادىء التى يقوم عليها البرنامج ما يلى :-

( أ ) الهدف من التدخل هو تحسين التكيف من خلال تحسين المهارات الفردية وتنمية التكيف مع البيئة رغم القصور المرتبط بالذاتوية .

(ب ) لتحديد أو تخطيط برنامج فردى مثالى يجب استخدام أدوات مثل مدرج قياس الذاتوية الطفلية Childhood Autism Rating Schale( Schopler et al 1988) والمنظور النفسى التعليمى المختصر وامتداده للمراهقين والبالغين والذى أعده مسبوف وآخرون (Mesibov et al 1988) .

(ج ) تشجيع وتدعيم المهارات وقبول القصور فى المرضى أو فى آبائهم .

( د ) استخدام تركيبات خاصة بصرية وسمعية للوصول للتعليم الأمثل مع الذاتويين الذين يعانون من مشكلات سمعية أو بصرية .

(هـ) إعطاء تدريب متعدد التخطيط فى إطار نموذج عام للمهنيين المهتمين بالتعامل مع كل المشكلات التى لها علاقة بالذاتوية لاستخدامهم كاستشاريين عند الحاجة نقلا عن Campbell 1996 .

يرى Renew 1998 أنه للوصول إلى نتائج جيدة مع ذوى القدرات المحدودة ومنهم الذاتويين ضرورة الالتحاق بفصول منتظمة مع إعداد سابق للمدرسين الذين سيتولون التعاون معهم وأيضا الإعـــداد الســـابق للرفاق حتى يتقبلون هذه الفئة بالإضافة إلى ذلك ضرورة إدخال التعديلات المناسبة داخل الفصول لتناســـب هذه المجموعة كما يتم توفير خدمات وفقا لقدرات هؤلاء الأفراد بالإضافة إلى الاهتمام بفترات التدريب وطرق القياس وتعليم وتدريب الوالدين كل ذلك مع مداخل منظره سوف ينتج مدرسة ناجحة لعلاج هذه الفئة .

وفى دراسة قام بها Ozonoff & Cathcart 1998 للتعرف على فعالية برامج TEACCH مع الذاتويين تم تقســيم الأطفال إلى مجموعتين الأولى تجريبية والثانية ضابطة وتتكون كل مجموعة من ١١ طفل تتراوح أعمارهم مـــن ٢-٦ سنوات واستمر البرنامج مدة أربعة شهور وتم القياس قبل وبعد التدخل باســـتخدام مقيـــاس المنظـــور النفسى التعليمى المعدل Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) وأظهرت النتائج تحســـن أطفـــال المجموعة التجريبية أكثر من المجموعة الضابطة خاصة على مقاييس المحاكاة Imitation الحركة الدقيقـــة Fine Motor الحركة الغليظة Gross Motor مهارات المفاهيم غـــير اللفظيـــة Nonverbal Conceptual Skills والدرجة الكلية وكان التقدم فى المجموعة العلاجية يزيد من ٣-٤ مرات عن المجموعة الضابطة مما يدعم أهميـــة استخدام برنامج TEACCH وفعاليته فى تحفيز نمو الطفل الصغير المصاب بالذاتوية .

٣- أهمية الرفاق :

أشارت دراسات عديدة إلى أهمية الرفاق فى تحسن التفاعلات الاجتماعية لدى الطفل الذاتوى منـــها دراسة (Sasso et al 1998 ) حيث أشار إلى تحسن فى التفاعلات الاجتماعية فى حالة وجود رفيق متعـــاون . كما أشار Simpson et al 1997 إلى أهمية الرفاق عند بدء العمل مع تدريب هؤلاء الرفاق كيـــف يبـــدءون ويشجعون التفاعلات الاجتماعية للأطفال المصابين بالذاتوية لتسهيل التفاعل الاجتماعى المناسب .

وفى دراسة Carrison 1997 للتعرف على أثر شبكة الأصدقاء على أشـــكال الســـلوك التواصلـــى الاجتماعى لدى تلاميذ ذاتويين وذلك على عينة مكونة من ثلاثة من الأطفال الذاتويين تتراوح أعمارهم مـــن ست سنوات وشهرين حتى سبع سنوات وشهرين . تم اختيار مجموعة مكونة من خمسة طلاب من الفرقة الأولى وتم تدريبهم على دور اللعب والتغذية المرتجعة لإثارة وتشجيع التفاعل الاجتماعى المرغوب . أوضحت النتـائج زيادة تكرار التفاعل الاجتماعى بين الأطفال الذاتويين والأقران كما زاد السلوك اللغوى الوظيفـــى ونقـــص السلوك الفوضوى مما يؤكد أهمية شبكة الرفاق وقيمتها فى تحسين العلاقات الاجتماعية لدى التلاميذ المصابين بالذاتوية .

دراسة أخرى قام بها Pierce & Schreibman 1997 للاستعانة بمدربين من الرفاق لتحسين الســـلوك الاجتماعى لدى الذاتويين مركزة على السلوك الاجتماعى المصاحب مثل اللغة واللعب . تم تعريض أثنين مـــن الأطفال الذاتويين ، الأول فى السابعة من العمر والثانى فى سن الثامنة لبرنامج تدخل لتنمية المهارات الاجتماعية من خلال زرع جماعة رفاق مكونة أيضا من أثنين من الأطفال من نفس العمر وتم تسجيل جلسات اللعب التى

استمرت عشرة دقائق بالفيديو قبل وبعد وأثناء التدريب كما تم تسجيل عدد التفاعلات وعدد الكلمات التى يتكلم بها أفراد عينة المرضى وعدد اللعب التى تم استخدامها . بعد ثلاث أشهر من المتابعة أوضحت النتائج ازدياد اللغة كما وكيفا كما حدث نفس التحسن فى اللعب وأشارت النتائج أن تدخل الرفاق يكون ذو كفاءة وفعالية .

دراسة أخرى قام بها Peck et al 1997 توصلت إلى نفس النتائج السابقة على خمسة من الأطفال يعانون من إعاقات متوسطة فى النمو مقارنة بمجموعة أخرى من غير المرضى بعد تدريب جماعة الرفاق من غير المعاقين على نواتج السلوك المرغوب وكيفية تعزيزه مما كان له درجة عالية من الكفاءة فى مواجهة حاجات الأطفال المعاقين،

أما دراسة Ball,-James 1996 للتعرف على التفاعلات الاجتماعية المتزايدة للطفل الذاتوى فى مرحلة ما قبل المدرسة من خلال العلاقات مع أقران طبيعى النمو وذلك لمجموعة مكونة من ٨ أطفال ذاتوين .كشفت النتائج عن تحسن ٧ من هؤلاء الأطفال فى عدد من المهارات الاجتماعية مثل الاتصال العينى ،مهارات اللعب التمثيلى، الاستجابات اللفظية وغير اللفظية وهو ما يشير إلى أن الأطفال ذو النمو النموذجى قد أكسبوا الأطفال الذاتوين هذه المهارات بالإضافة إلى المهارات الاكاديمية ولغة التعبير واحترام الذات .

وهذه النتائج قد اتفقت معها دراسات أخرى عديدة منها على سبيل المثال دراسة Cohen,-Shirly 1998 ودراسة Shearer et al 1996 ودراسة Gonzalez-Lopez,-Adriana & Kamps,-Debra-M. 1997 ودراسة Hall & Smith 1996 ودراسة Downing et al 1996 ودراسة Strain et al 1995 ودراسة Dugan et al 1995 ودراسة Schleien et al 1995 ودراسة Pierce & Schreibman 1995 ودراسة Kamps et al 1995 كما استبدل Strain & Danko 1995 الأقران بالأشقاء وتوصل إلى نتائج مماثلة .

٤- أهمية استخدام التقنيات الحديثة :

يشير Burke,-Gohn 1996 إلى أهمية استخدام التقنيات البسيطة والعالية التى تتضمن أجهزة أنتاج الصوت وأنظمة الصورة ولوحات المفاتيح المعدلة وشاشات اللمس بالاضافة إلى أجهزة الكمبيوتر ، كما يذكر Cohen,-Shirly 1998 أننا نحتاج إلى خدمات تدخليه مبنية على أحدث ما توصل إليه العلم لعلاج الذاتوين ويشير Strickland 1997 إلى أهمية استخدام الكمبيوتر فى علاج الذاتوية ونقص الانتباه لأنه يقدم الأساس لبيئة صناعية ومدخلات متحكم فيها ومواقف تعليمية سمعية وبصرية مأمونة مما يجعلهم يتعاملون بشكل أحسن مع الواقع الذى يعيشون فيه . وهو الأمر الذى تدعمه مقالة Higgins & Boone 1996 المتضمنة وجوب تقليل اللهو وتبسيط التفاعل بين الطالب الذاتوى والكمبيوتر .وفى دراستين بالسويد للتعرف على تأثير برامج الوسائط المتعددة للكمبيوتر فى إكساب الطفل الذاتوى مهارات القراءة والحركة والاتصال قام بها Heimann et al 1995 وذلك على عينة كان من بينها ١١ طفل يعانون الذاتوية كشفت النتائج أن البيئة

التعليمية التفاعلية فى الكمبيوتر الصغير قد سهلت تعليم اللغة وتحسن فى المشاعر الإيجابيـــة المتعلقـــة بالحالـــة التعليمية . وفى دراسة أخرى قام بها Heimann et al 1995 على عينة مكونة من ٣٠ طفل منهم ٢٠ طفـــل مصاب بالذاتوية كشفت النتائج أن استعمال برامج الكمبيوتر فى تعليم المهارات الاجتماعية ومهارات القـراءة تحفز القراءة والاتصال وأشار إلى أن هذه التدخلات يجب أن تكون مخصصة وتحتوى على تصميم مفصـــل وأن تراقب من المدرسين والوالدين والأطباء العاملين بالعيادات .

أنواع التدخلات العلاجية المستخدمة

١- العلاج السلوكى المكثف :

يركز العلاج المكثف على تعديل السلوك خلال فترات زمنية قصيرة نسبيا يتم فيها تدريب مكثف ومن أمثلة الدراسات التى تناولت تقييم هذه العلاجات دراسة Sheinkopf & Siegel 1998 بهدف تقييم تأثـــير برنـــامج علاج سلوكى مكثف مبنى على أساس منزلى وبمساعدة طبيب الأسرة لأطفال صغار مصابين بالذاتوية تـــتراوح أعمارهم بين عامين وأربعة أعوام . وقد بنى العلاج على الطرق المقدمة بواسطة Lovaas et al وتختلف هـــذه الطريقة عن العلاجات المكثفة الأخرى فى أنه يطبق خارج المكان الاكاديمى ، كما اختيرت مجموعـــة ضابطـــة تلقت تدخلا مدرسيا تقليديا قصيرا وكان لها نفس الخصائص التشخيصية والعمر العقلى وفترة العلاج وقـــد كشفت النتائج عن ارتفاع ذو دلالة إحصائية بعد العلاج فى سجل الذكاء ،كما تحسنت شدة الأعراض بدرجة دالة مع درجة تحسن أقل مقارنة بالذكاء وإن ظلت الأعراض تتفق مع المواصفـــات التشـــخيصية للذاتويـــة واضطرابات تشوه النمو .

دراسة أخرى قام بها Lovaas & Smith 1988 بهدف تحسين العيوب الســـلوكية وتحقيـــق اندمـــاج اجتماعى افضل للأطفال الذاتويين من خلال عينة مكونة من ثلاث مجموعات من الذاتويين بكل مجموعـــة ١٩ طفل تقل أعمارهم عن ٤٦ شهر . استمر البرنامج العلاجى لأكثر من عامين ، وخضعـــت المجموعـــة الأولى لتدريب مكثف مع معالجين ومع والديهم لأكثر من (٤٠) ساعة أسبوعيا وكان الهدف هو تحســـين العيـــوب السلوكية وكانت العدوانية ، والاستثارة الذاتية يتم تجاهلها وتعليمهم بدائل أخرى أكثر قابلية ، وخلال العـــام الأول تركز العلاج على تخفيض السلوكيات السيئة التكيف والالتزام بأوامر شفوية بسيطة ،والتقليد ، واللعب المناسب ، ومشاركة الأسرة ، وفى العام الثانى تركز التدريب على التفاعل وتعليم الأطفال أن يؤدوا وظـــائف رعاية الذات والاستقلالية قبل سن الدراسة ، وفى العام الثالث تركز التدريب على مهارات التعبير الانفعـــالى والمهارات الاكاديمية ، من خلال ملاحظاقم لأطفال آخرين .

– خضعت المجموعة الثانية لنفس العلاج تقريبا ولكن بنسبة أقل عشر ساعات فى الأسبوع .

– المجموعة الثالثة هى مجموعة من الأطفال الذاتويين لم يتلقوا تدريبا فى هذا المشروع وتوصلت النتائج إلى :

- أن الأطفال الذين تلقوا تدريب مكثف حققوا نتائج أفضل ، وتوقع تعليمى عالى مع مستوى ذكـــاء أفضل من المجموعتين الأخرتين اللتين لم تختلفا من حيث النتائج .

٢- التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية : Social Skills Training

فى السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بتطوير اكتساب المهارات الاجتماعية للأطفال ولم يقتصر هذا التدريب على الأطفال الذاتويين فقط ولكن شمل الأطفال ذو الإعاقات التطورية والأطفال المضطربين انفعاليا بشدة ( Emotionally Disturbed ) والمكفوفين المهملين Neglected Blind والأطفال متعددى الإعاقة Multihandicappedوالمصابين بالكروموسوم الأنثوى الهش .Fragile X ( Cox and Schopler, 1991) . والأسلوب المستخدم فى قياس ما تحقق من مهارات أو تفاعلات اجتماعية يتم من خلال رصد الملامح الأساسية للتفاعل مثل عدد المشاركات – شكل النشاط طريقة التدخل ونموذج التواصل وأسلوب المبادرة ومدة التفاعل ومرحلة النمو (Koscielska,-Malgorzata, & Nowak,-Maria 1988) .. والتدريب على المهارات الاجتماعية مبنى على عدد من الافتراضات هى :

( أ ) المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها فى مواقف تدريبية مضبوطة وتعمم بعد ذلك فى الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب ،ومن الدراسات التى توضح ذلك دراسة قام بها (Krantz & McClannahan, 1998) بهدف التعرف على مهارات التفاعل الاجتماعى Social Interaction Skills باستخدام أسلوب السيناريو المتلاشى A Script-Fading Procedure لمبتدئى القراءة وذلك لتدريب الأطفال على التفاعل الاجتماعى التلقائى الذى يمثل نقص أساسى فى المهارة لدى الذاتوى . وقد وضعت عدد من السيناريوهات مثل ( أنظر لى – لاحظنى ) وبعد تعليمهم هذه السيناريوهات والتدريب عليها فى مواقف مضبوطة تم قياس تفاعلاتهم فى المواقف التى لم توضع لها سيناريو مع المدرسين ووجد أن بها تحسنا مما يشير إلى أن السيناريو المتلاشى قد مكن الطفل الذاتوى من الحديث مع الكبار والاستفادة منهم ، ونظرا لأن هذا الأسلوب يعتمد على إكساب الطفل جزء لفظى بسيط يتم استخدامه بشكل نموذجى أى عند الإجابة عن أسئلة أو طلب لعبة مفضلة فقد استفاد الطفل أيضا من نماذج اللغة .

( ب) إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها وأن تعلم . فعلى سبيل المثال يمكن تعليم الأطفال مهارة ما (كاللغة والمهارات الاجتماعية واللعب الرمزى) من خلال التدريب على مسرحية درامية وهو ما أكدته بعض الدراسات مثل Lewis,-Vicky & Boucher,-Jill 1995 و Stahmer,-Aubyn 1995 و Thorp et al 1995 و Mundschenk & Sasso 1995 و Rogers et al 1996 .

( ج ) أن القصور الاجتماعى Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ، ومن الوسائل التى يمكن استخدامها لتحقيق ذلك وفقا لما أشار به Swaggart et al 1995 القصص الاجتماعية التى يمكن من خلالها تعليم مهارات اجتماعية وسلوكية للأطفال الذاتويين ،وقد أجرى دراسة فى هذا الصدد على ثلاثة أطفال

تتراوح أعمارهم من ٧ –١١ سنة ،وأشارت النتائج إلى وجود تحسن فى السلوك كما أشار إلى ضرورة تطويـــو وتقييم برامج القصة الاجتماعية .

ويمكن للطفل الذاتوى أن يتعلم المهارات الاجتماعية من خلال ثلاث مداخل هى :

( أ ) المدخل السلوكى الذى يمتد للموقف الطبيعى التعليمى .

تشير دراسة Zanolli & Daggett 1998 والتى هدفت التعرف على تأثير معدل التدعيم Reinforcement rate على المبادرات الاجتماعية التلقائية Spontaneous Social Initiations للأطفال المنسحبين اجتماعيا فى مرحلـة ما قبل المدرسة . قام الباحث باستخدام المهارات الاجتماعية الأولية لزيادة المبادرات الاجتماعية التلقائية لأثنين من الذكور تتراوح أعمارهم ٥ر٢–٥ر٦ شخصوا بالذاتوية ، تم تدعيم سلوكيات اجتماعية مثل (الابتسـلم ، المبادرات اللفظية) وتم التحكم فى معدل التدعيم خلال الجلسات وبعد ذلك تم قياس تأثير هذا الأسلوب علـى معدل المبادرات الاجتماعية التلقائية أثناء النشاط الفصلى وكشفت النتائج أن المبادرات التلقائية كانت أكـــثر تكرارا بعد معدل عالى من التدعيم بدرجة تفوق المعدلات المنخفضة من التدعيم .

(ب ) المدخل التطورى المبنى على افتراض أن التعلم يكون أسهل مع الاستعداد التطورى .

(ج ) المدخل البيئى يؤكد على المشاركة فى الأداء الوظيفى السوى للطفل الذاتوى فى المجتمع ولو على نطاق بيئى محدود Campbell 1996 .

من بين الدراسات التى أجريت فى هذا المجال دراسة (Charlop-Christy, et al 1998) بهدف تقديـــر فعاليـــة استخدام الإلحاح كمدعمات Reinforcers رمزية لأداء المهام وذلك على عينة من ٣ أطفال استخدمت رموز الخطاب أو صورة القطار كمدعم استخدم بإلحاح مقارنته بالنتائج التى تم الحصول عليها باســتخدام الرمـــوز النمطية مثل النجوم والوجوه السعيدة .

أشارت النتائج أن نسبة تعميم السلوكيات غير المناسبة كانت أعلى عند استخدام المدعـــم بإلحـــاح مقارنة بالنتائج التى استخدمت الرموز التقليدية بشكل يخلو من الإلحاح .

٣– التدريب المهنى : Vocational Training

يقوم على أساس وضع الذاتوى فى المكان المناسب بعد تدريبه مهنيا كما فى ورش العمل فى الملاجـئ . هذه البرامج هامة جدا لأنها تعطى تدريبا اجتماعيا كما يحدث فى المعسكرات الترفيهية . وقد ركز دليل العمــل الناجح للأفراد الذاتويين على بعض الوظائف الأكثر صلاحية لهم منها البيع بالتجزئة أو الطباعة أو الــبريد أو خدمات الطعام أو توصيل السلع للمنازل أو جمع القمامة مع مناقشة لمزايا وعيوب العمـــل فى كــل قطــاع ومستويات المهارة المطلوبة بها Smith et al 1995 .

٤– العلاج بالمعايشة : Residential Treatment

برامج مبنية على توجه مجتمعى تشمل جماعة منزلية أو شقق يتم الأشراف عليها أو نماذج لمزارع قروية ومؤسسات إيواء وتتيح للذاتويين إمكانية المعيشة فى المجتمع . (سامى بن جمعه ١٩٩٣ ص . ١١٩ )

٥- العلاج الحياتى اليومى : Daily Life Therapy

ينتشر هذا النوع من العلاج فى اليابان ويتم بشكل جماعى ويقوم على أفترض مؤداه أن الطفل الذاتوى لديه معدل عالى من القلق ويركز على برنامج جسمانى وتعليمى شديد ( تدريب بـــدنى تطلـــق فيـــه الاندرفينات (Endorphins) التى تحكم القلق والإحباط ) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والفن والدراما مـــع السيطرة المتحدية للسلوكيات غير المناسبة . مع اهتمام أقل بتنمية المهارات التواصلية التلقائيـــة أو تشـــجيع الفردية . على الرغم من استخدام البرامج التعليمية الفردية فى الولايات المتحدة فإنها لم تستخدم بعد فى اليابان (Uchiyama,-Tokio) وفى دراسة قام بها اسماعيل محمد بدر ١٩٩٧ عن مدى فاعلية العلاج بالحياة اليوميـــة فى تحسن حالات الأطفال الذاتويين وقد تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال ذكور ممن يعانون مـــن الذاتويـــة ، واعتمدت الدراسة على قائمة المظاهر السلوكية للأطفال الذاتويين (إعداد الباحث) وقام البـــاحث بتطبيـــق برنامج العلاج بالحياة اليومية Dialy Life Therapy على هؤلاء الأطفال بمدرسة أكاديمية الحرمـــين التابعـــة للسفارة السعودية فى أندونيسيا ، وهو نموذج يابانى لتربية الأطفال الذاتويين يعود الفضل فيـــه إلى دكتـــورة كيتاهار (١٩٦٤) (Kitahara) وهى التى وضعت منهجا تربويا يعتمد على إتاحة الفرصة لهـــؤلاء الأطفـــال للاحتكاك والتفاعل مع رفقائهم من الأطفال العاديين لمساعدة هؤلاء الأطفال فى اتجاه النمـــو الطبيعـــى دون الانعزال عن المجتمع .

وقد حقق تطبيق البرنامج نتائج إيجابية فى تحسن حالات الأطفال الذاتويين على أبعاد قائمة المظـــاهر السلوكية (الاضطرابات الانفعالية ، الاضطرابات الاجتماعية ، الاضطرابات فى اللغة ، والمظـــاهر الســـلوكية النمطية ) حيث ساعد البرنامج على التقليل من هذه الاضطرابات . ورغم أن مدارس الحياة اليومية فتحـــت عديد من الأبواب للاستفسارات والعروض فإن البراهين على فائدتها ما زالت محدودة .

٦- برامج التدخلات المبكرة : Early Intervention Programmes

هذه البرامج مبنية على أساس سلوكى بواسطة لوفاس ( Lovaas et al. ) وفى تقرير مفصـــل لمعـــهد الصحة القومى قدمه ( Greshan,-Frank-M., MacMillan,-Donald-L.1998 ) عن جوهرية وفاعلية مشـــروع التدخل المبكر فى علاج الذاتوية ، أشار التقرير أن التدخل المبكر ذو فاعلية جوهرية تبرز أهميته شـــفاء ٤٧% من الأطفال الذاتويين الذين استخدم معهم هذا البرنامج ، كما أنه قلل من شدة الأعـــراض فى ٤٢% مـــن الحالات، ويوصى التقرير أن يتبنى الوالدين اتجاه الشك الصحى قبل تقديم المساندة فى هذا البرنامج ،واضعين فى الاعتبار وقت بدأ العلاج وشدة العلاج والعلاجات المقارنة وتكامل هذا العلاج مع العلاجـــات الأخـــرى . (Rogers,-Sally 1996)

٧- التعليم اللطيف : Gentle Teaching

استخدم بواسطة ميكجى (McGee 1985) كنوع من العلاج ادعى أنه ناجح مع الأفراد ذو صعوبات التعلم والسلوكيات التى تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعانده باستخدام اللطف والاحترام ويقوم على افتراضين أساسين هما أن يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للعميل ويتعرف على الإعاقة العقلية له والفرضية الثانية أن سلوكيات المعاندة هى رسائل تواصلية قد تشير إلى اضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب ، ويستخدم هذا النوع من العلاج فنيات علاجية تشمل المكافأة والانطفاء وإعادة التوجيه للاستجابات والسيطرة على المثيرات البيئية وأخطاء التعلم بالإضافة إلى التغذية الراجعه والمساعدة . Howlin 1998 p.89 (ب) .

٨- العلاج بالمسك : Holding Therapy

اقترح ( Niko & Tinbergen 1983 ) أن الذاتوية ليست ناتجة عن جينات أو عوامل عصبية (Genetic or Neurological ) ولكن بواسطة القلق المسيطر من عدم التوازن الانفعالى ( Emotional Imbalance ) المؤدية إلى انسحاب اجتماعى ( Social withdrawal ) وفشل التعلم من التفاعل الاجتماعى ( Social Interaction ) وهذا الانعدام فى التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعى سوف يحدث .

يشمل علاج المسك إمساك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعض إطلاق حالة من الضيق وبالتالى سوف يحتاج الطفل إلى أن يهدأ وعلى البالغ أن يقف فوق رأس الطفل ويمسكه فى محاولة لأن يؤكد التلاقى بالعينين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبة الكبير وتستمر الجلسة لمدة ٤٥ دقيقة والعديد من الأطفال يترعجوا جدا من هذا الوقت الطويل . هذا النوع من العلاجات لم تخرج منه دراسات تقيميه توضح نتائجه . نقلا عن Howlin 1998 p.90 (ب)

٩- العلاج بالموسيقى : Music Therapy

أول من استخدم العلاج بالموسيقى ( Alvin 1968 ) وذلك مع المعوقين بشدة من الأطفال الذاتويين وأشارت الدراسات اللاحقة مثل دراسة ( Trevarthen et al. 1996 ) إن هذا النوع من العلاج مبنى على حالات فردية وما زال محل جدال حتى الآن (نقلا عن Howlin 1998 p.91 ). وفى دراسة Wimpory et all 1995 عن تأثير العلاج التفاعلى الموسيقى على النمو الاجتماعى والرمزى لطفلة تعانى الذاتوية أشار الباحث أن العلاج التفاعلى يربى الانتباه التلقائى والاتصال بين الأشخاص .

١٠- الطريقة الاختيارية : The Option Method

الطريقة الاختيارية واحدة من فلسفات الحياة أكثر من كونها طريقة محددة فى العلاج وهدفها الأساسى إعطاء السعادة للعملاء بواسطة مساعدتهم اكتشاف معتقداتهم الداخلية ودفع التعاسة عنهم وتمكينهم من تجنبها ،وتبنى هذه الطريقة على أن الطفل يجد العالم مزعجا وبالتالى ينغلق بنفسه وهذا يقيم حاجز للمثيرات التى يمكن أن تنمى مهارات التفاعل الاجتماعى ، وبالتالى يزيد من رغبته فى العزلة .

المبدأ الأساسى للعلاج أن يقيم الطفل الذاتوى تفاعلات اجتماعية سارة ويؤكد على الاندماج مع الناس بدلا من الاندماج فى السلوك الوسواسى والأسلوبى . وهذا المدخل يؤكد أهمية قبول سلوك الطفل وعدم الحكم عليه بأنه شاذ أو غير مناسب وأن نرى هذه السلوكيات على أنها نوع من التفاعل يشير إلى سخطهم على العالم .

ويجب على الكبار الانخرط والاستمتاع بانشطة الطفل الذاتوى السارة التى غالبا ما تكون أفعاله الوسواسيه حتى يكتسب الطفل الثقة ونبدأ فى تشجيع الأنشطة الأخرى تدريجيا . ومن الأمثلة على نجاح هذا العلاج ما توصل إليه كوفمن مع أبنه الذاتوى حيث كانت نسبة ذكاء هذا الإبن قبل العلاج تساوى ٣٠ بينما أصبح بعد العلاج لمدة ٩٠٠٠ ساعة أقرب إلى ذكاء العباقرة . Howlin 1998 p.91 .

١١- العلاج باستخدام الحيوان : Pet Therapies

توجد ادعاءات بأن تحسنات فى السلوك تحدث بعد التعرض للعلاج باستخدام الحيوانات الأليفة حيث ظهرت بعض التقارير التقيميه لهذا المدخل من العلاج تشير إلى أن السباحة مع الدولفين قد يكونوا مساعدا لبعض الأطفال بشكل عام ، كما أشارت تقارير أخرى أن الخلط بين العلاج باستخدام الحيوان ومشاركة الرفاق قد يكون مفيدا ( Howlin 1998 p.94 ) .

١٢- العلاج بالتمرينات البدنية : Physical Exercise

يرى بعض الباحثين أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يوميا يمكن أن تصلح الشبكة العصبية التى لا تعمل وظيفيا . وقد قرر ( Rimland 1988 ) أن التدريب الجسمانى العنيف له تأثيرات إيجابية على المشكلات السلوكية ( وهو ما وجدناه مكون أساسى فى نظام العلاج اليومى ) حيث وجد أن ٤٨% من ١٢٨٦ من الأباء قد قرروا تحسنات ناتجة عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الأباء نقص فى السلوك النمطى وفرط الحركة واضطراب النوم والعدوان والقلق وإيذاء الذات ،كما أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية ،كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات ، وأيضا الأشكال الأخرى من اضطرابات التعلم ، ويؤكد هذه النتائج ما سبق أن توصل إليه Rosenthal & Mitchell 1997 أن التمارين فى الهواء الطلق تؤدى إلى تناقص هام فى إثارة الذات كما تؤدى إلى زيادة الأداء الاكاديمى . ومن الدراسات الأخرى التى أشارت إلى أهمية استخدام التمرينات البدنية دراسة Celiberti et al 1997 التى هدفت اختبار تأثير مستويين من التمارين (المشى

مقابل العدو المتأنى ) وذلك فى تقليل سلوك إثارة الذات ، كشفت النتائج أن نقص إثارة الذات يكون فقط فى العدو المتمهل وأن هذا النقص استمر لفترة تزيد على أربعين دقيقة بعد انتهاء التدريب .

ويشير Hurren,-Julie 1994 إلى أهمية استخدام اللعب والابتكار وشغل أوقات الفراغ فى علاج الأطفال المصابين بالذاتوية واضطرابات النمو وأكد أن وجود مهارات لعب ضعيفة لا تعيق استخدام اللعب كبيئة للتعلم فى مجموعات خاصة فالطفل الذاتوى يستطيع أن يجد طرق للتواصل والتفاعل مع الآخرين عن طريق اللعب .

١٣- علاج اللغة والتواصل : Language and Communication Therapy

مفاهيم اكتساب اللغة الطبيعية تتزايد أهميتها فى علاج مشكلات اللغة فى الذاتوية علاوة على أن القصور فى اللغة ينظر إليه كجزء من الشذوذ أو القصور الاجتماعى والتواصلى .

وبرامج اللغة المبكرة للأطفال الذاتويين تركز على الاستجابات الملقنة لفظيا بواسطة أخصائى التخاطب بهدف تقوية الكلام دون أن يقام الدليل على إمكانية تعميم تلك المهارات فى أسلوب التواصل فى المواقف الحياتية ولذلك كان هناك تأكيد أكثر على زيادة اللغة التلقائية حتى لدى الأطفال الذين يعانون من قصور لغوى شديد بهدف تعظيم التواصل عند مستوى نمو الطفل ، ومن الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار دراسة قام بها (Koegel,-Robert-L. et al 1998) بدراسة هدفت التعرف على الذكاء الكلامى Speech Intelligibility لدى الأطفال المصابين بالذاتوية توصلت النتائج إلى أن الاستخدام الوظيفى للأصوات المستهدفة فى المحادثة يحدث عندما تستخدم الوسائل الطبيعية أثناء التدخل .

كما أشارت دراسة Forsey et al 1996 إلى أن مزج أشكال ووسائل العلاج المنطوقة والمطبوعة يمكن أن يحسن القواعد النحوية بشكل أفضل مما لو استخدمنا وسيلة واحدة فقط .

دراسات عديدة أخرى أكدت على أهمية تعلم الطفل أن يسأل لأن ذلك سوف يؤدى إلى اكتساب معلومات جديدة Taylor & Harris 1995 .

١٤- التواصل الميسر : Facilitated Communication

التواصل الميسر واحد من الفنيات العديدة المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوى أو لديهم تعبير لغوى محدود ولذلك فهو يحتاج إلى ميسر يزوده بالمساعدة الفيزيائية أثناء استخدام الكتابة على الكمبيوتر فعلى سبيل المثال (الميسر يدعم يد العميل أو رسغه أو ذراعه بينما الفرد يستخدم الكمبيوتر فى هجاء الكلمات ) ويبنى هذا الأسلوب على نظرية أن العديد من الصعوبات التى تواجه الذاتوى تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعى والتواصلى .

ويقوم هذا الأسلوب على إفتراضين الأول أن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن تؤدى فى النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر . الثانى أن هذا الأسلوب يركز أساسا

على تنمية مهارات الكتابة . ويشير Stork 1996 إلى أن هذا الأسلوب قد تم تقييمه فى ضوء خبرة التحليل النفسى مع المرضى الذهانيين وأنه أنتشر فى دول عديدة مثل الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا وأستراليا . وفى دراسة قام بها Braman et al 1995 عن الاتصال الميسر وذلك على عينة مكونة من ٣ أطفال يعانون من الذاتوية كشف تقييم الاستجابات الخاصة بدقة الهجاء أن هناك تحسن بشكل منتظم وهو ما أكدته أيضا دراسة Lucc & Dycr 1995 كما يشير Konstantareas,-M.-Mary 1998 و 1995 Boomer & Garrsion إلى استخدام هذا الأسلوب فى المحاكم للتعرف على صدق الإدعاء للإيذاء الجنسى لدى الذاتويين .

ومن الدراسات التى تشكك فى استخدام هذا الأسلوب دراسة Edelson et al 1998 والتى هدفت تقييم المساندة الميكانيكية Mechanical Hand-Support لدى عينة مكونة من ٦ أفراد من الذاتويين تتراوح أعمارهم من ٥ إلى ٣١ سنة تم تقييم أدائهم على مهام شملت الإشارة للصور ، الأرقام ، الحروف ، طباعة كلمات ، باستخدام مفاتيح الآلة الكاتبة وبعد تدريب استمر ٨ أسابيع كشفت نتائج التقييم عن عدم وجود أى برهان على نجاح هذا الأسلوب والوصول إلى درجة من التواصل المستقل . ورغم قيام الباحث بمد التجربة مدة أربعة أشهر أخرى إلا أن النتائج لم تؤكد حدوث تحسن ذو أهمية . وهو ما أكدته دراسة أخرى قام بها Myles et al 1996 ودراسة Simpson & Myles 1995 ودراسة Waterhouse et al 1996 ودراسة Bomba et al 1996 كما قدم Perry et al 1993 تقرير عن المعلومات الخاصة بالصدق المبدئى لهذا الأسلوب وأشار إلى أن النتائج لم تقدم دعما واضحا لصدق ذلك الأسلوب فلم يكن الأداء باستخدام الميسر أفضل عن الأداء المستقل بدون ميسر .

١٥- التدريب السمعى المتكامل : Auditory Integration Training

قدم Berkell et al 1996 نظره عامة على التدريب السمعى المتكامل كعلاج للسمع الشديد والحساسية بشكل مؤلم لدى الأشخاص المصابين بالذاتوية ويفترض هذا التدريب أن الحساسية للصوت ومن ثم الاضطراب السلوكى فى الذاتوية ينتج من التشوهات فى السمع وهدف التدريب السمعى المتكامل المقدم بواسطة ( Berard 1993) يشمل الاستماع لموسيقى معالجة اليكترونيا خلال هيدفون لمدة ١٠ ساعات بواقع جلستين يوميا مدة كل جلسة ٣٠ دقيقة ، بهدف كبح معين لتردد الصوت وكان يأمل أن هذا التدخل سوف يزيد الحساسية الصوتية ويطلق تغيرا موجبا فى السلوك التكيفى وينتج نقصا فى السلوكيات السيئة . ومن الدراسات التى تناولت التأثيرات الطويلة الأمد للتمارين السمعية لدى الطفل الذاتوى دراسة Bettison,-Sue 1996 والتى أكدت نتائجها على وجود تحسن فى معامل الذكاء بعد فترة تدريب استمرت لمدة ١٢ شهر . ومن الدراسات التى تناولت تقييم هذا الأسلوب دراسة Rimland & Edelson 1995 وذلك على عينة مكونة من ٨ أشخاص ذاتويين تتراوح أعمارهم من ٤ - ٢١ سنة وقد استمرت فترة التدريب مدة ثلاثة اشهر وكشفت النتائج عن تحسن نتائج الأشخاص على قائمة مراقبة السلوك المنحرف وقائمة مراقبة المشاكل السمعية وأن كان التدريب لم يقلل من الحساسية الصوتية وما زالت هذه الطريقة تحتاج إلى العديد من الدراسات لتقييم فعاليتها .

نموذج للخطوات المستخدمة فى علاج حاله ذاتوية ( حاله مصرية ) .

قام عثمان فراج بعرض دراسة حالة الطفل رشدان كما قام بعرض للبرنامج التأهيلى المستخدم مع هذا الطفل والذى يمكن أن نلخصه على النحو التالى :-

١-مرحلة التقاء العيون وتبادل النظرات بوصفها عنصر أساسى فى عملية التأهيل ويستخدم فى هذه المرحلة التدعيم المادى والمعنوى كلما تجاوب الطفل مع الأخصائى وتبادل معه النظرات .

٢-مرحلة معالجة السلوكيات غير المرغوبة وفيها تم التركيز على معالجة ثورات الغضب والسلوكيات غير التوافقية والسلوك الهروبى مع التدعيم المستمر ماديا ومعنويا إيجابيا عن طريق الجزاء وسلبا عن طريق العقاب والتجاهل التام للسلوك غير المرغوب .

٣-التدريب على المحاكاة ويتم خلالها تقليد المدرسه والقيام بحركات أو أداء أعمال تقوم بها المدرسه .

٤-التدريب على إصدار الأصوات المختلفة ثم البدء فى الاتصال اللغوى ويتم ذلك بتشجيع الطفل على إصدار أصوات معينة يحدثها الأخصائى مع تجنب إصدار الأصوات المبهمة .

٥-التقليد اللفظى وتستهدف تدريب الطفل من خلال التقليد على بعض الألفاظ أو الكلمات مع معالجة السلوكيات السلبية أو الهروبية التى اعتاد ممارستها .

٦-التخاطب الوظيفى وفيها يدرب على استخدام جمل قصيرة من كلمتين تزداد تدريجيا لزيادة الحصيلة اللغوية

٧-تنمية القدرات الاجتماعية من خلال العمل مع الرفاق والتدريب على التفاعل الاجتماعى مع الآخرين من أطفال وأخصائيين وتعد هذه المرحلة من المراحل الصعبة والمعقدة .

٨-مرحلة التمهيد للتأهيل الاكاديمى وتبدأ مع إتقان الطفل للمهارات المكتسبة السابقة والقدرة على النطق السليم للألفاظ كثيرة الاستعمال .

٩-مرحلة استكمال المهارات اللغوية اللازمة للدخول فى الدراسة الاكاديمية واستندت هذه المرحلة إلى عدد من المسلمات منها أن تقييم الطالب يتم على أساس تقدمه وليس على أساس مقارنته بالآخرين وأن يكون الاعتماد فى التدريب على المحسوس واستخدام عناصر البيئة المألوفة لدى الطفل واستخدام الوسائل التعليمية وتجنب التدريب النظرى والاعتماد على الاتصال المباشر نظرا لغياب الرصيد المعرفى والقدرة على تمثل الأشياء ، وأيضا الانطلاق التدريجى البطىء من المألوف والتذكير المستمر بما تعلمه واكتسبه من خبرات واستخدام وسائل مثيرة للحواس لتنمية قدراته سواء كانت وسائل سمعية أو بصرية تعتمد على الأبصار أو السمع واللمس مثل التليفزيون والفيديو والكمبيوتر وأيضا التوثيق المستمر للصلة بين أخصائى المركز وأفراد أسرة الطفل خاصة الأم والأب وبالإضافة إلى ذلك تم استخدام مسارات مختلفة معتمدة على النظريات العلمية منها التدعيم والتعزيز Reinforcement والتنفيس Catharsis والنمذجه Modelimg واستخدام العقاقير والإيحاء Suggestion ( عثمان فراج ١٩٩٥ - عدد ٤٢ -٤٣ ) .

وحتى الآن لم يظهر فى مصر مراكز خاصة تقتصر على حالات الذاتوية فقط ويظهر الاحتياج لهذه المراكز خاصة بالنسبة للحالات الشديدة من الذاتوية لأن الحالات الطفيفة أو المتوسطة قد تقبل فى التعليم

العادى أو الخاص أما الحالات الشديدة فتشخص على أنها إعاقات ويصعب إيجاد مكان ملائـــم لهـــا ( محمـــد حسيب ١٩٩٣ ص ١٠٧ ) .

بعد هذا العرض للعديد من النماذج العلاجية للأطفال الذين يعانون من الذاتوية فينبغى التأكيد علـــى ما أشار إليه Cohen,-Shirley 1998 من أهمية التكامل بين أنواع التدخلات العلاجية المختلفة كالعلاج بالأدوية أو العلاج التعليمى السلوكى وضرورة إمداد جميع أفراد هذه الفئة بالخدمات التى يحتاجون إليها كما لا يسع الباحث الحالى فى نهاية هذا العرض إلا أن يشير إلى وجود عشرات من البرامج والمشروعات والكتب التى استهدفت علاج هذه الفئة من الأطفال منها على ســـبيل المثـــال لا الحصـــر Smith & Lovass 1997 و Fullerton et al 1996 ، Zelazo,-Philip-R. 1997 ، Maurice et al 1996 ، Thackcr,-Chcryl 1996 ، Kennedy & Shukla 1995 ، Simpson 1995 ، Early 1995 ، Fullertio,-Ann 1995 ، أيفيت عبـــد الملك ١٩٩٣ ، دومينيك تومى مارتان ١٩٩٣ ، سامى بن جمعه ١٩٩٣ ، سهام راشد ١٩٩٣ ، فرنسيس ماكيدا ١٩٩٣ .

وبعد فما زال هناك الكثير الذى يجب أن نعرفه عن طبيعة هذا الاضطراب خاصة فى مجتمعنا العـــربى ولذلك يوصى الباحث بما يلى :

(أ ) نظرا لاختلاف محكات التشخيص وتغيرها من عام إلى أخر ونتيجة لاختلاف الاحتياجات والأداء الوظيفى الخاص بكل فرد يخضع للعلاج يصبح من الضرورى للمتعامل مع هذه الفئة أن يفرق بين التشـــخيص الطـــبى والحاجات التربوية الخاصة بالطفل الذاتوى وهو ما يؤكده أيضا Jordan & Jones 1997 .

(ب) ضرورة تنويع البرامج العلاجية بمختلف المراكز المتخصصة بما يتناسب مع طبيعة كـــل حالـــة ويشـــير روجرز ١٩٩٨ ( Rogers,-Sally-J.) إلى ذلك بقوله : بالرغم من إيجابية النتائج إلا أن أساليب العلاج الـــتى استخدمت حتى الآن لم تعطى الفعالية المطلوبة المراد الوصول إليها ، مؤكدا ضرورة التركيز على عوامل مثـــل السن ، بداية العلاج ، نوع العلاج ، شدة العلاج ، مستوى الذكاء ، مستوى اللغة عند تقييم نتائج أى دراسة تتناول الطفل الذاتوى .

(ج) ضرورة التوصل إلى معايير محددة عند التشخيص أو عند تقييم الممارسات العلاجية المختلفة ولعل ذلك ما أشارت إليه نتائج دراسة Conderman & Katsiyannis 1996 التى هدفت التعرف على الممارسات الإداريـــة لخدمة الأطفال الذين يعانون من الذاتوية فقد وجدا اختلافات ملحوظة بين مديرى إدارات الرعايـــة الخاصـــة سواء من حيث تعريف أو تقييم أو تدريب أو مساعدة هذه الفئة من الأطفال مما يحتم تقييم الممارسات المختلفة وتقنين المعايير المستخدمة فى التعامل مع هؤلاء المرضى .

(د) دعم المراكز العلاجية التى تعالج مثل هذه الفئات من قبل الدولة والقطاع الخاص وحث الباحثين فى هـــذا المجال للعمل من أجل التوصل لبرامج علاجية منخفضة التكاليف حيث يشير Hobbs 1995 أن متوســـط التكلفة الشهرية لتزويد الطفل الذاتوى بالعلاج ١٢٣٧ دولار وذلك باستخدام علاج Lovaas . كمـــا

أشار محمد أنور عشيش ١٩٩٣ فى معرض حديثة عن التقييم والبرامج فى علاج الطفل الذاتوى فى تونـس أن الطفل الواحد يتكلف حوالى عشرة دولارات يوميا فى المركز العلاجى الذى يعمل به .

(هـ) تنفيذ توصيات ورشة العمل عن الذاتوية عام ١٩٩٣ والمتضمنة :

١-ضرورة الاهتمام بتدريس أعراض الذاتوية وتشخيصه فى مناهج كليات الطب ومعاهد التمريض وبرامج التدخل فى أقسام الدراسات النفسية والاجتماعية بالجامعات .

٢-الاهتمام بتوعية وتدريب الأطباء والعاملين بمراكز رعاية الأمومة والطفولة على الاكتشاف والتدخل المبكر بالنسبة للطفل الذاتوى مع ضرورة توعية العاملين فى مجال تعليم وتدريب وتأهيل الفئات الخاصة بمشكلة الذاتوية فى الجهات الرسمية والغير رسمية .

٣-إقامة دورات تدريبية متخصصة فى الذاتوية للعاملين فى مجال رعاية وتدريب الأشـخاص ذوى الإعاقة العقلية .

٤-إنشاء مراكز جديدة وتحديد مراكز تعمل فى مجال رعاية المعاقين ذهنيا لاستقبال حالات الذاتوية التى تحتاج إلى تشخيص وتقييم وتدخل وإرشاد أسرى فى المحافظات الكبرى فى مصر .

٥-ضرورة أن يتضمن برنامج إعداد وتدريب العاملين والمدربين فى مجال رعاية المعاقين ذهنيا على موضـوع يتناول مشكلة الذاتوية وكيفية التعامل معها .

٦-توفير بعض المطبوعات والأفلام الناطقة باللغة العربية التى تتناول بعض الجوانب الخاصة بمشكلة الذاتوية .

٧-إعطاء أهمية خاصة لأسر الأشخاص الذاتويين وتدعيم هذه الأسر عن طريق :

- عقد اجتماعات ولقاءات بين هذه الأسر لتبادل الخبرات والمعلومات وتوفير فرص تدريبية لهم .
- تكوين رابطة من هؤلاء الأسر والمهتمين بمساندتهم .
- إعداد كتيب ونشرات وأفلام للأسر التى لديها شخص ذاتوى لشرح بعض الجوانب بهذه المشكلة.

( و ) وضع أدلة تشخيصية نابعة من المجتمع المحلى وغير خاضعة لمتغيرات بعيدة عن مجتمعنا كقضايا التعويضات المؤثرة فى بنود التشخيص فى الدليل الإحصائى الأمريكي أو وضع صياغات غير محددة يرضى عنها جميع الدول الأعضاء فى منظمة الصحة العالمية كما فى الدليلين التاسع والعاشر .

( ز ) ضرورة القيام بالعديد من البحوث والدراسات التى تتناول الذاتوية فى المجتمع العربى عامة وفى المجتمـع المصرى خاصة وذلك لإلقاء الضوء على :

١-معدلات انتشار الذاتوية فى المجتمعات العربية .

٢-فاعلية البرامج العلاجية المستخدمة داخل المراكز العلاجية لهذه الفئة .

٣-محاولة الكشف عن أسباب هذا الاضطراب من خلال تناول مختلف الجوانب التى يفترض أن تؤدى إليه .

٤-القيام بدراسات تتبعيه تتيح الرصد الدقيق لتطور هذه الحالة فى مجتمعنا العربى .
٥-التركيز فى المراجعات النقدية والبحوث المرجعية على :

( أ ) المداخل العلاجية الحديثة فى علاج الذاتوية .
( ب) برامج تنمية مهارات التفاعل الاجتماعى لدى الطفل الذاتوى .
( ج) دور الأخصائى النفسى فى تقييم حالات الذاتوية .
( د ) أهمية القياس النفسى فى تشخيص الذاتوية .
(هـ) دور الأسرة والرفاق فى علاج الذاتوية الطفلية .

# قائمة المراجع

أولا :- المراجع العربية :

١- أحمد زكى بدوى (١٩٨٢) معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية - مكتبة لبنان ، بيروت .

٢- أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر - مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .

٣- أحمد فؤاد فائق (١٩٦٠) جنون الفصام - دار المعارف ، القاهرة .

٤- اسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس ، القاهرة .

٥- الجمعية المصرية للطب النفسى (١٩٧٩) دليل تشخيص الأمراض النفسية ، الجمعية المصرية للطب النفسى .

٦- أيفت عبد الملك (١٩٩٣) بداية التعامل مع الطفل الأوتيستك - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ٩٧-١٠١ .

٧- ايمن أحمد جيرة (١٩٨٤) دراسة تجريبية فى ديناميات الذهان لدى الأطفال - دراسة فى حالة الذاتوية رسالة دكتوراه غير منشورة - آداب عين شمس .

٨- ايمن أحمد جيرة (١٩٨٧) سيكوديناميات الذهان لدى الأطفال - مجلة علم النفس- الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد الثانى ص ص ٧٩-٨٠ .

٩- بهجت عبدالغفار موسى (١٩٩٦) كيف تساعد طفلك المتواحد (الاوتيستك) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين . العدد (٤٧) ص . ص ٢٢-٣١.

١٠- حسين عبد القادر وآخرون ( ب.ت ) معجم علم النفس والتحليل النفسى - دار النهضة العربية بيروت .

١١- دومينيك تومى مارتان (١٩٩٣) : رعاية الأطفال الذهانيين فى مركز ابن سينا بصفاقس - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم - مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ١٠٨-١١٨ .

١٢- رمضان محمد القذافى (١٩٩٤) سيكولوجية الإعاقة الجامعة المفتوحة ، الجماهيرية العربية الليبية .

١٣- سامى بن جمعه (١٩٩٣) البالغ والمستقبل: المزرعة العلاجية - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ١١٩-١٢٤ .

١٤- سهام راشد (١٩٩٣) مساندة أسرة الطفل الذاتوى - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتى القاهرة ص . ص ٨٦-٩٣ .

١٥- عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) سيكولوجية التوحد أو الاجترار (١) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين . ج.م.ع. العدد ٤٠ ص . ص ٢-٨ .

١٦- عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) سيكولوجية التوحد أو الاجترار (١) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. ج .م .ع . العدد ٤١ ص . ص ٢-٨.
١٧- عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) سيكولوجية التوحد أو الاجترار (١) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين . ج . م . ع . العدد ٤٢ ص . ص ٢-٧.
١٨- عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) سيكولوجية التوحد أو الاجترار (١) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. ج . م .ع . العدد ٤٣ ص . ص ٢-٢٣.
١٩- عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) سيكولوجية التوحد أو الاجترار (١) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. ج .م .ع . العدد ٤٤ ص . ص ٢-١٠.
٢٠- عثمان لبيب فراج (١٩٩٦) سيكولوجية التوحد أو الاجترار (١) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. ج .م .ع . العدد ٤٥ ص .ص ٢-١٨.
٢١- عثمان لبيب فراج (١٩٩٦) سيكولوجية التوحد أو الاجترار (١) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. ج .م .ع . العدد ٤٦ ص .ص ٢-١٤.
٢٢- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩١) التشخيص الفارق بين التخلف العقلى واضطرابات الانتباه والتوحدية - مجلة دراسات النفسية - رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية ك ١ ج ٣ ص . ص ٥١٣-٥٢٨.
٢٣- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٧) مخاوف أباء الأطفال المصابين بالاوتيزم - مجلة معوقات الطفولة مركز معوقات الطفولة فى الازهر العدد السادس ص . ص ٣٤ -١ .
٢٤- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٣) خصائص أباء الأطفال المصابين بالتوحديه ( الاجترارية ) مجلة معوقات الطفولة - مركز معوقات الطفولة فى الأزهر المجلد الثانى العدد الأول ص . ص ٣٣٥-٣٤٩
٢٥- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٧) خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية ( الاوتيزم ) النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. ج .م .ع . عدد ٤٩ ص . ص ٢٥ -٣١.
٢٦- فرنسيس ماكيدا (١٩٩٣) الأوتيستك ثقافته ولغته - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم - مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ٧٩-٨٥ .
٢٧- فريحان قسيس (١٩٩٣) الاستكشاف والوقاية - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم - مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ٥٣-٥٩ .
٢٨- مجمع اللغة العربية (١٩٨٥) المعجم الوسيط - مجمع اللغة العربية ، القاهرة - جزء ٢ .
٢٩- مجمع اللغة العربية (١٩٩٣) المعجم الوجيز - طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم ، القاهرة .
٣٠- محمد حسيب الدفراوى وآخرون (١٩٩٨) الطفولة الذاتوية فى الأطفال المصريين : التقييمات والمصاحبات الإكلينيكية - المجلة المصرية للطب النفسى الجمعية المصرية للطب النفسى العدد ٢١ ص . ص ٨٥-٩٣ .

٣١- محمد حسيب الدفراوى (١٩٩٣) الخدمات المختلفة التى تقدم للطفل الأوتيستك فى مصر - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم - مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ١٠٢-١٠٧ .
٣٢- محمد شعلان (١٩٧٩) الاضطرابات النفسية فى الأطفال - الجهاز المركزى للكتب الجامعية .
٣٣- محمد على كامل (١٩٩٨) من هم ذوى الاوتيزم - مكتبة النهضة المصرية - القاهرة .
٣٤- محمد أنور عشيش (١٩٩٣) الذهان عند الطفل - وقائع ورشة عمل عن الاوتيزم - مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ٤٠-٥٢.
٣٥- محمد أنور عشيش (١٩٩٣) التقييم والبرامج - وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم - مركز سيتى ، القاهرة ص . ص ٦٠-٧٠ .
٣٦- محمود عبد الرحمن حموده (١٩٨٥) الطب النفسى منشور بواسطة المؤلف ، القاهرة .
٣٧- محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩١) الطب النفسى الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج . منشور بواسطة المؤلف ، القاهرة .
٣٨- محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩٨) الطب النفسى الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعـلاج منشور بواسطة المؤلف ، القاهرة .
٣٩- موسى شرف الدين ( ب .ت ) الكفاءات الإنسانية إنماء وتطوير مؤسسة الحريرى ببيروت
٤٠- نادية أديب (١٩٩٣) الأطفال المتوحدون الاوتيستك - وقائع ورشة عمل عن الاوتيزم - مركز سيتى القاهرة ص . ص ٤-٣٩ .
٤١- نادية ابراهيم عبد القادر ابو السعود (١٩٩٧) الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته لضغوط الوالدين رسالة ماجيستر غير منشورة - معهد الدراسات العليا للطفولة ج . عين شمس.
٤٢- نوال سامى شحاته (١٩٩٧) سمات وتقويم الشخص الاوتيستيك النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين . ج .م .ع . العدد ٥٠ ص . ص ٣٢-٣٧.
٤٣- نيفين زيور (١٩٨٧) الذهان والعصاب لدى الأطفال فى أعمال ميلانى كلاين مجلة علم النفـس الهيئة المصرية العامة للكتاب - العدد الرابع ص . ص ٤٨-٥٧ .
٤٤- نيفين زيور (١٩٨٨) الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق - الناشر غير مبين .
٤٥- وليم الخولى (١٩٧٦) الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى - دار المعارف بمصر ، القاهرة .

ثانيا : المراجع الأجنبية :

46-Adams,-Lynn, & Conn,-Susan. 1997 - Nutrition and Its Relationship to Autism. Focus-on-Autism-and-other-Developmental-Disabilities. v12 n1 P53-58.

47-Akkok,-Fusun, Et al 1996 - The Relationship between Stress and the Causal Attribution of Mothers and Fathers of Children with Mental Disabilities and Autism. ERIC ED404815.

48-August,-Gerald,-J. Et al 1987 - Fenfluramine Response in High and Low Funcyioning Autistic Children. Journal of the American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.3 p.342-346.

49-Bachevalier,-Jocelyne 1996 - Medial Temporal Lobe and Autism: A Putative Animal Model in Primates. Journal-of-Autism-and Developmental-Disorders. v26 n2 p217-20

50-Bacon, -Alyson-L., Et al 1998 - The responses of autistic children to the distress of others . - Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (2) : 129-14 .

51-Ball,-James 1996 - Increasing Social Interactions of Preschools with Autism through Relationships with Typically Developing Peers. Eric ED400654.

52-Baron-Cohn, -Simon, & Robertson, -Mary-M. 1995 - Children with either autism, Gilles de la Tourette syndrome or both: Mapping cognition to specific syndromes . Neurocase:-Case-studies-in-neuropsychology-neuropsychiatry,-and- behavioural-neurology. Vol. 1 (2) : 101-104.

53-Beeghly, -Marjorie. 1998 - Emergence of symbolic play: Perspectives from typical and atypical development. - Psyclit – 0521441234 .

54-Bennetto,-Loisa, Et al 1996 - Intact and Impaired Memory Functions in Autism. Child-Development. v67 n4 p1816035.

55-Beppu, -Satoshi. 1997 - The role of joint attention in the comprehension of backward pointing by autistic and normal children . - Japanese-Journal-of-Developmental-Psychology. Vol. 7 (2) : 128-137.

56-Berkell,-Dianne-E., Et al 1996 - Auditory Integration Training for Individuals with Autism .Education-and-Training-in-Mental-Retardation-and-Developmental-Disorders .V31 n1 p66-70.

57-Bettison,-Sue 1996 - The long-Term Effects of Auditory Training on Children with Autism . Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n3 p361-47.

58-Bomba,-Cherly, Et al 1996 - Evaluating the Impact of Facilitated Communication on the Communicative Competence of Fourteen Students with Autism Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n1 p43-58.

59-Boomer,-Lyman-W, & Garrison-Harrell,-Linda 1995 - Legal Issues Concerning Children with Autism and Pervasive Developmental Disabilities .Behavioral-Disorders .v21 n1 p53-61.

60-Braman,-Beverly-J, Et al 1995 - Facilitated Communication for Children with Autism: An Examination of face Validity .Behavioral Disorders .v21 n1 p110-19.

61-Bryson,-Susan-E. Et al 1988 - Obstetrical Suboptimality in Autistic Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.27 n.4 p.418-422.

62-Bryson,-Susan-E. 1996 - Epidemiology of Autism .Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders .v26 n2 p165-67.

63-Burd,-L. & Kerbeshian,-J. 1988 - Psychogenic and Neurodevelopmental Factors in Autism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.27 n.2 p. 252-253.

64-Burke,-John-C. 1996 - Preparing School Systems To Deliver a Hybrid Education Program for Students with Autism Via Distance Learning Classrooms, In-Class Teleconferencing, and Listserv Technology. ERIC ED394755.

65-Campbell,-Magda., Et al 1988 - Efficacy and Safety of Fenfluramine in Autistic Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.27 n.4 p.434-439.

66-Campbell,-Magda., Et al 1996 - Treatment of Autistic Disorder Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.35 (2): p.134-143

67-Campbell,-Susan, Et al 1998 - The May Center for Early Childhood Education : Description of a continuum o services model for children with Autism. - International-Journal-of-Disability,-Development-and Education. Vol. 45 (2) : 173-187.

68-Carmagnat-Dubois, -F. Et al 1997 - Autism and Rett syndrome : a compariso study during infancy using family home movies. Encephale. Vol. 23 (4) : 273-279.

69-Carratala, -Francisco. Et al 1998 - A patient with autistic disorder a 20/22 chromosomal translocation. Developmental-Medicine-and-child-Neurology, Vol. 40(7) : 492-495.

70-Celiberti,-David-A, Et al 1997 - The Differential and Temporal Effects of Antecedent Exercise on the Self-Stimulatory Behavior of a child with Autism. Research-in-Developmental-Disabilities. V18 n2 p139-50.

71-Charlop-Christy,-Marjorie-H., Et al 1998 - Using objects of obsession as token reinforcers for children with autism. - Journal -of- Autism -and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (3) : 189-19 .

72-Charman, -Tony, & Baron-Cohn,-Simon 1997 - Brief Report: Prompted Pretend Play in Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders, V27 n3 p325-32 .

73-Charman, -Tony, Lynggaard, -Henrik 1998 - Does a photographic cue facilitate false belief performance in subjects with autism ? Journal-of-Autism-andDevelopmental-Disorders. Vol. 28 (1) : 33-42 .

74-Charman,-Tony., Et al 1997 - infants with autism: An investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation . Developmental-Psychology. Vol. 33 (5) : 781-789.

75-Cohen,-Shirley. 1998 Targeting autism : What we know, don't know, and can do to help young children with autism and related disorders. Psyclit 0520210115.

76-Cohen,-Shirly. 1998 - Targeting Autism: What We Know, Don't Know, and Can Do to Help Young Children with Autism and Related Disorders. ERIC ISBN-0-520-21309-2.

77-Cohen, - Shirley 1998 - Targeting Autism: What we know, Don't kmow and Can Do to Help young Children with Autism and Related Disorders. ERIC ED414704.

78-Conderman,-Greg, & Katsiyannis,-Antonis 1996 - State Practices in Serving Individuals with Autism . Focus-on-Autism-and-other - Developmental-Diabilities .v11 n1 p29-36.

79-Cook,-Edwin,-H. Et al 1992 - Fluoxetine Treatment of Children and Adults with Autistic Disorder and Mental Retardation. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.31 n.4 p. 739-745.

80-Cook,-Edwin-H., Jr. 1996 - Pathophysiology of Autism: Neurochemistry Jornal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n2 p221-25.

81-Cornish,-K-M, & McManus,-L-C. 1996 - Hand Preference and Hand Skill in Children with Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n6 p597-609.

82-Dawson,- Jennifer-E. Et al 1998 - An analysis of maladaptive behaviors in persons with autism, PDD-NOS, and mental retardation. Research-in-Developmental-Disabilities. Vol. 19 (5) : 439-448 .

83-Dawson,-Geraldine. 1996 - Neuropsychology of Autism : A Report on the State of the Science . Journal-of-Autism-and-Developmental - Disorders .v26 n2 p179-84.

84-Deling, -G,-Robert, Et al 1998 - Effects of fluoxetine treatment in young children with idiopathic autism. Developmental-Medicine-and-child-Neurology. Vol. 40 (8) : 551-562.

85-DiLavore,-Pamela-C., Et al 1995 - The Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule. Journal-of-Autism-and-Developmental Disorders. v.25 n4 p.355-79.

86-Downing,-June-E., Et al 1996 - The Process of Including Elementary Students with Autism and Intellectual Impairments in Their Typical Classrooms .ERIC ED395418.

87-Dugan,-Erin., Et al 1995 - Effects of Cooperative Learning Groups during Social Studies for Students with Autism and Fourth-Grade Peers. Journal-of-Applied-Behavior-Analysis. V.28 n.2 p.175-88.

88-Early,-Barbara-Peo. 1995 - Decelerating Self-Stimulating and Self-Injurious Behaviors of a Student with Autism: Behavioral Intervention in the Classroom .Social-Work-in-Education .v17 n4 p244-55.

89-Eaves,-Linda-C, & Ho,-Helena-H. 1996 - Stability and Change in Cognitive And Behavioral Characteristics of Autism through Childhood. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n5 p557-69.

90-Edelson,-Stephen-M. 1998 - Overview of Autism Center for the Study of Autism.

91-Edelson, -Stephen-M., Et al 1998 - Evaluation of a mechanical hand Support for facilitated communication - Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (2) : 153-15 .

92-EK, -Ulla, Et al 1998 - Relation between blindness due to retinopathy of prematurity and autistic spectrum disorders: A population-based study .

Developmental-Medicine-and-Child-Neurology. Vol. 40 (5) : 297-301.

93-Elia,-M., Et al 1995 - Clinical and Neurophysiological Aspects of Epilepsy in Subjects with Autism and Mental Retardation . American-Journal-on-Mental-Retardation. V100 n1 p6-16.

94-Farrant, -Annette, Et al 1998 - Source monitoring by children with autism Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (1) : 43-50 .

95-Fein,-Deborah, Et al 1986 - Toward a Neuropsychological Model of Infantile Autism: Are the Social Deficits Primary? Journal of the American Academy of Child Psychiatry. v.25 n.2 p.198-212.

96-Filipek,-Pauline-A. 1996 - Neuroimaging in Autism: The State of the Science 1995. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders, v26 n2 p211-15.

97-Fombonne,-Eric., Et al 1997 - Autism and associated medical disorders in a French epidemiological survey . Journal-of-the-American-Academy-of-child-and-Adolescent-Psychiatry. Vol. 36 (11) : 1561-1569.

98-Forsey,-Janice, Et al 1996 - The Effects of Typed and Spoken Modality Combinations on the Language Performance of Adults with Autism. Journal-of-Autism-and-Debvelopmental-Disorders. v26 n6 p643-49.

99-Freedman,-B.J. Et al 1985 - The Stability of Cognitive and Linguistic Parameters in Autism: A Five-Year Prospective Study. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. v.24 n.4 p.459-464.

100-Freedman,-B.J. Et al 1986 - A Scale for Rating Symptoms of Patients with the Syndrome of Autism in Real Life Settings. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. v.25 n.1 p.130-136.

101-Freeman,-B.J. Et al 1988 - WISC-R and Vineland Adaptive Behavior Scale Scores in Autistic Children. Journal pf the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.27 n.4 p.428-429.

102-Fullerton,-Ann, Et al 1996 - Higher Functioning Adolescents and Young Adults with Autism: A Teacher's Guide . ERIC ED399750.

103-Fullerton,-Ann. 1995 - Promoting Self-Determination for Adolescents and Young Adults with Autism .Journal-of-Vocational-Rehabilitation. v5 n4 p337-46.

104-Gaffney,-Gary,-R. Et al 1989 - Forebrain Structure in Infantile Autism Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.28 n.4 p.534-537.

105-Gena,-Angeliki, Et al 1996 - Training and Generalization of Affective Behavior Displayed by Youth with Autism . Journal-od-Applied-Behavior-Analysis. V29 n3 p291-304.

106-Ghaziuddin,-Mohammad, & Gerstein,-Leonore 1996 - Padantic Speaking Style Differentiates Asperger Ayndrome from High-Functioning Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n6 p585-95.

107-Ghaziuddin, -Mohammad, & Greden, -John 1998 - Depression in children with autism pervasive developmental disorders A case-control family history study. - Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol.28(2): 111-11.

108-Glasberg, -Beth-A, & Harris,-Sandra-L, 1997 - Grandparents Assess the Development of Their Child with Autism . Child-&-Family-Behavior-Therapy. V19 n2 p17-27.

109-Goldberg,-Terry,-E. Et al 1987 - Blink Rate Abnormalities and Mentally Retarded Children: Relationship to Dopaminergic Activity. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.3 p.336-338.

110-Gonzalez-Lopez,-Adriana,Kamps,-Debra-M 1997 - Social Skills Training to Increase Social Interactions between Children with Autism and Their Typical Peers. Focus-on-Autism-and-other-Developmental-Disabilities. v12 n1 p2-14.

111-Gresham, -Frank-M., & MacMillan, -Donald-L. 1998 - Early intervention project: can its claims be substantiated and its effect replicated ? Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (1) : 5-13.

112-Gupta,-Sudhir, Et al 1996 - Dysregulated Immune System in Children with Autism : Beneficial Effects of Intravenous Immune Globulin on Autism Characteristics. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 N4 p439-52.

113-Gupta, -Sudhir. Et al 1998 - Th1 – and Th2-like cytokines in CD4 + and CD + T cells in autism. Journal-of-Neuroimmunology. Vol. 85 (1):106-109.

114-Gutierrez, -Griselda-C., Et al 1998 - Autism in tuberous sclerosis complex Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (2) : 97-103.

115-Hadwin,-Julic, Et al 1997 - Does Teaching Theory of Mind Have an Effect on the Ability To Develop Develop Conversation in Children with Autism? Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. V.27 n5 p 519-37

116-Hall,-Laura-J, Smith,-Kerry-L 1996 - The Generalisation of Social Skills by Preferred Peers with Autism. Journal-of-Intellectual-and-Developmental-Disability. v21 n4 p313-30.

117-Happe,-Francesca-G.-E. 1995 - The Role of Age and Verbal Ability in the Theory of Mind Task Performance of Subjects with Autism. Child-Development. v66 n3 p843-55.

118-Harris,-Sandra-L. Et al 1995 - The Vineland Adaptive Behavior Scales for Young Children with Autism . Special-Services-in-Schools v10 n1 p45-54.

119-Harris, -Todd-A., Et al 1998 - Evaluating a more cost-efficient alternative to providing in-home feedback to parents : The use of spousal feedback. Journal-of-Applied-Behavoir-Analysis. Vol. 31 (1) : 131-134.

120-Haudenschild, -Teresa-Rocha-Leite. 1997 - Inquire into corporeality and verbalization promotion in a two years old child with autistic defences. Revista-Brasileira-de-Psicanalise. Vol. 31 (3) : 677-692 .

121-Heimann,-Mikael. Et al 1995 - Increasing Reading and Communication Skills in Children with Autism through an Interactive Multimedia Computer Program .Journal-of Autism-and-Developmental-Disorders v25 n5 p459-80.

122-Heimann,-Mikael, Et al 1995 - On the Effects of Multimedia Computer Programs: Gains Made by Children with Autism in Reading, Motivation, And Communication Skils. ERIC ED383969.

123-Higgins,-Kyle, & Boone,-Randall 1996 - Creating Individualized Computer Assisted Instruction for Students with Autism Using Multimedia Authoring Focus-on-Autism-and-other-Developmental-Disabilitics. v11 n2 p69-78.

124-Hilton,-David,- K. Et al 1991 - Imipramine Treatment of ADHD in a Fragile X Child . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.30 n.5 p.831-834.

125-Hobbs,-Nichole., Et al 1995 - The Economic and Psychological Burdens Associated with Lovaas Trearment for Children Autism . ERIC ED381975.

126-Hobson, -R. –Peter & Lee, -Anthony 1998 - Hello and goodbye : A study of social engagement in autism. - Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (2) : 117-12 .

127-Horrigan,-Joseph-P., & Barnhill,-L-Jarrett 1997 - Risperidone and Explosive Aggressive Autism . Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. V27 n3 p313-23 .

128-Hotopf,-Matthew, & Bolton,-Patrick. 1995 - A Case of Autism Associated with Partial Tetrasomy 15 . Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v.25 n.1 p.41-49.

129-Howlin, -Patricia, 1998 - Psychological and educational treatments for autism. Journal-of-child-Psychology-and-Psychiatry-and-Allied-Disciplines. Vol. 39 (3) : 307-322 .

130-Howlin,- Patricia, 1998 - Children with Autism and Asperger Syndrome. New York: Wiley & Sons .

131-Hughes,-Claire. 1996 - Planning Problems in Autism at the Level of Motor Control Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders v26 nl p99-107.

132-Hurren, -Julie. 1994 - The therapeutic use of play, recreation and leisure for children with autism and developmental disorders . Journal-on-Developmental-Disabilities. Vol. 3 (1) : 51-62.

133-Inui, -Nobuyuki, & Suzuki,-Kan-Ichiro 1998 - Practice and serial reaction time of adolescents with autism . – Perceptual-and-Motor-Skills. Vol. 86 (2) 403-410 .

134-Jarrold, -Christopher. 1998 - Pretend play in autism : Executive explanations . Psyclit - 0198523491.

135-Jordan,-Rita & Jones,-Gleny 1997 - Educational Prevision for children with Autism in Scotland. Inyerchange No. 46. ERIC ISSN-0969-613x.

136-Joseph,-Robert-M., & Tager-Flusberg,-Helen 1997 - An Investigation of Attention and Affect in Children with Autism and Down Syndrome. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v27 n4 p385-97.

137-Kamps,-Debra-M, Et al 1995 - Cooperative Learning Group in Reading An Integration Strategy for Student with Autism and general Classroom Peers .Behavioral-Disorders .v21 n1 p89-109.

138-Kane, -Patricia-C, & Kane, -Edward 1998 - Peroxisomal disturbances in autistic spectrum disorder. - Journal-of-orthomolecular-Medicine. Vol. 12 (4) : 207-218 .

139-Kaplan,-Harold,I. Et al 1995 - Synopsis of Psychiatry Middle East Edition.

140-Kates, -Wendy-R., Et al - 1998 - Neuroanatomical and neurocognitive differences in a pair of monozygous twins discordant for stricatly defined autism. - Annals-of-Neurology. Vol. 43 (6) : 782-791 .

141-Kavon,-Nicole-M., & McLaughlin,-T-F. 1995 - Interventions for Echolalie Behaviour for Children with Autism: A Review of Verbal Prompts an the Cues Pause Point Procedure Journal-of-Special - Education .v19 n2-3 p39-45

142-Kawasaki, -Yoko, Et al 1997 - Brief Report: Electroencephalographic Paroxysmal Activities in the Frontal Emerged in Middle Childhood and During Adolescence in a Follow-Up Study of Autism. Journal-of-Autism-And-Developmental-Disorders. V27 n5 p 605-20.

143-Kline,- Rex,-B. Et al 1987 - Differentiation of Infantile Autistic, Child Onset Pervasive Developmental Disorder, and Mentally Retarded Children With the Personality Inventory for Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.6 p.839-843.

144-Kemner, -C., Et al 1998 - Abnormal saccadic eye movements in autistic children. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol.28(1):61-67.

145-Kennedy,-Craig-H, & Shukla,-Smita. 1995 - Social Interaction Research for People with Autism as a Set of Past,Current,and Emerging Propositions Behavioral-Disorders .v21 n1 p21-35.

146-Koegel, -Lynn-Kern, Et al 1998 - setting generalization of question-asking by children with autism. American-Journal-on-Mental-Retardation. Vol. 102 (4) : 346-357.

147-Koegel,-Robert-L. Et al 1998-Increasing speech intelligibility in children with autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (3) : 241-25.

148-Konstantareas, -M.-Masry. 1998 - Allegations of sexual abuse by nonverbal autistic people via facilitated communication: Testing of validity Child-Abuse-and-Neglect. Vol. 22 (10) : 1027-1041 .

149-Koscielska, -Malgorzata, & Nowak,-Maria 1998 - Interactions between autistic children : An attempt at measurement in developmental categories . Polish-Psychological-Bulletin. Vol. 19 (2) : 155-166.

150-Krantz, -Patricia-J. & McClannahan, -Lynn-E. 1998 - Social Interaction Skills for childern with autism: A script-fading procedure for beginning readers. – Journal-of-Applied-Behavior-Analysis. Vol. 31 (2) : 191-202 .

151-Kuperman,- S., Et AL 1985 - Serotonin Relationships of Autistic Probands and their First-Degree Relative. Journal of the American Academy of Child Pstchinatry. v.24 n.2 p.186-190.

152-Kurita,-Hiroshi,. 1985 - Infantile Autism with Speech Loss before the Age of Thirty Months . Journal of the American Academy of Child Psychiatry. v.24 n.2 p.191-196.

153-Leevers, -Hilary-J. & Harris, -Paul-L. 1998 - Drawing impossible entities : A measure of the imagination in children with autism children

with learning disabilities, and normal 4-year-olds. Journal-of-child-Psychology-and-Psychiatry-and-Allied-Disciplines. Vol. 39 (3 : 399-410.

154-Lenti,-Carlo. 1995 - The Association between Autism and Fragile X Syndrome: A Case Report .Journal-of-Autism-and-Developmental - Disorders .v25 n6 p655-62.

155-Lewis,-Mark-H 1996 - Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorders. Journal-of-Sutism-and-Developmental-Disorders. v26 n2 P231-35.

156-Lewis,-Vicky, & Boucher,-Jill 1995 - Generativity in the Play of Young People with Autism . Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v.25 n.2 p.105-21.

157-Lincoln,-Alan-J, Et al 1995 - Sensory Modulation of Auditory Stimuli in Children with Autism and Receptive Developmental Language Disorder Event-Related Brain Potential Evidence Journal-of-Autism-and - Developmental-Disorders .v25 n5 p521-39.

158-Lord,-Catherine, Et al 1997 - Diagnosing Autism: Analyses of Data from the Autism Diagnostic Interview . Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. V27 n5 p 501-17 .

159-Lucc,-Stephen-C., & Dyer,-Kathleen. 1995 - Providing Effective Transitional Programming to Individuals with Autism .Behavioral-Disorders .v21 n1 p36-52.

160-Maurice,-Catherine, Ed. Et al 1996 - Behavioral Intervention for Young Children with Autism: A Manual for Parents and Professionals. ERIC ED401653.

161-McArthur,-Duncan, & Adamson,-Lauren-B. 1996 - Joint Attention in Preverbal Children: Autism and Developmental Language Disorder. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n5 p481-96.

162-McBride,-P.-Anne. Et al 1998-Effec6ts of diagnosis, race, and puberty on Platelet serotonin levels in autism and mental retardation - Journal-of-the American-Academy-of-child-and-Adolescent-Psychiatry. Vol.37(7): 767-776

163-McDougle,-Christopher,-J. Et al 1992 - Clomipramine in Autism : Preliminary Evidence of Efficacy. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.31 n.4 p.746-750.

164-McGregor,-Evelyn, Et al 1998 - Teaching theoryof mind by highlighting intention and illustrating thoughts:A comparison of their effectiveness with 3-year olds and autistic individuals . British-Journal-of-Developmental-

Psychology. Vol. 16 (3) : 281-300.

165-Mesibov,-Gary-B. Et al 1989 - Use of the Childhood Autism Rating Scale with Autistic Adolescents and Adults. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry. v.28 n.4 p.538-541.

166-Modahl, -Charlotte, Et al 1998 - Plasma oxytocin levels in autistic children. Biological-Psychiatry. Vol. 43 (4) : 270-277 .

167-Mottron,-Laurent., Et al 1997 - Visual agnosia with bilateral temporo-occipital brain lesions in a child with autistic disorder : A case study Developmental-Medicine-and-Child-Neurology. Vol. 39 (10) : 699-705 .

168-Mundschenk,-Nancy-A., & Sasso,-Gary-M. 1995 - Assessing Sufficient Social Exemplars for Students with Autism .Behavioral-Disorders . v21 n1 p62-78.

169-Muris, -Peter . 1998 - Difficulties in the understanding of false belief : Specific to autism and other pervasive developmental disorders ? Psychological-Reports. Vol. 82 (1) : 51-57 .

170-Nagamitsu,-Shinichiro, Et al 1997 - CSF B-Endorphin Levels in Patients with Infantile Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. V27 n2 p155-63.

171-Nicolson, -Rob, Et al 1998 - An open trial of risperidone in young autistic children. - Journal-of-the-American-Academy-of-child-and-Adolescent-Psychiatry. Vol. 37 (4) : 372-376 .

172-Nordin, -Viviann, Et al 1998 - The Swedish version of the childhood Autism Rating Scale in a clinical setting. Journal-of-Autism-and-Developm-Ental-Disorders. Vol. 28 (1) : 69-75 .

173-ONeill,-Meena, & Jones,-Report-S.-P. 1997 - Sensory-Perceotual Abnormalities in Autism: A Case for More Research ? Journal-of-Autism-And-Developmental-Disorders. V27 n3 p283-93.

174-Ozonoff,-Sally, & Miller,-Judith-N. 1995 - Teaching Theory of Mind : A New Approach to Social Skills Training for Individuals with Autism . Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v25 n4 p415-33

175-Ozonoff, -Sally, & Cathcart, -Kristina 1998 - Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. Journal-of-autism and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (1) : 25-32 .

176-Pechnikova, -L. –S. 1997 - Characteristics of the interaction between mother and child in early infantile autism (EIA). Journal-of-Russian-and-

East-European-Psychology. Vol. 35 (5) : 81-83 .

177-Perry,- R. Et al 1989 - Long-Term Efficacy of Haloperidol in Autistic Children: Continuous versus Discontinuous Drug Administration. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v. 28 n.1 87-92.

178-Peterson'-Candida-C. & Siegal,-Micheal 1998 - Changing focus on the representational mind: Deaf, autistic and normal children's concepts of false photos, false drawings and false beliefs . British-Journal –of-Developmental-Psychology. Vol. 16 (3( : 301-320 .

179-Phillips, -Wendy, Et al 1998 - Understanding intention in normal development and in autism. British-Journal-of-Development-Psychology. Vol . 16 (3) : 337-348 .

180-Pierce,-Karen, & Schreibman,-Laura 1995 - Increasing Complex Social Behaviors in Children with Autism: Effects of Peer-Implemented Pivotal Response Training. Journal-of-Applied-Behavior-Analysis. V.28 n.3 p.285-95.

181-Pierce, -Karen, & Schreibman, -Laura 1997 - Using peer trainers to promote social behavior in autism :Are they effective at enhancing multiple social modalities ? Focus-on-Autism-and-other-Developmental-Disabilities. Vol. 12 (4) : 207-218 .

182-Pierce,-Karen, & Schreibman,-Laura 1997 - Multiple Peer Use of Pivotal Response Training to Increase Social Behaviors of Classmates with Autism From Trained and Untrained Peers.Journal-of-Applied-Behavior-Analysis V30 n1 p57-60.

183-Pierce,-Karen, Et al 1997 - Social Perception in Children with Autism : an Attentional Deficit? Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. V27 n3 p265-82

184-Piven,-Joseph. Et al 1991 - The Prevalence of Fragile X in a Sample of Autistic Individuals Diagnosed Using a Standardized Interview. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.30 n.5 p.825-830.

185-Plioplys, -Audrius-V. 1998 - Intravenous immunglobulin treatment of children with autism. Journal-of-Child-Neurology. Vol. 13 (2) : 79-82 .

186-Pontino, -Jamie-Lyn, Et al 1998 - Effects of a Gluten-Free Diet on Rate of Learning in Autistic Children in an Applied Behavioral Analysis Program: Summary Analysis. REIC ED413689.

187-Prior,-Margot, Et al 1998 - Are there subgroups within the autistic

spectrum?A cluster analysis of a group of children with autistic sepectrum disorders. Journal-of-child-Psychology-and-Psychiatry-and-Allied-Disciplines. Vol. 39 (6) : 893-902

188-Rapin,-Isabelle, Ed. 1996 - Preschool Children with Inadequate Communication: Developmental Language Disorder, Autism, Low IQ. Clinics in Developmental Medicine, No. 139. ERIC ED401656.

189-Reed,-Vicki 1996 - High Functioning Autism ERIC ED408765.

190-Reichelt, -K. –L., & Liu, -Y. 1997 - Exorphins, serotonin uptake stimulatory peptides and autism . Italian-Journal-of-intellective-Impairment. Vol. 10 (2) : 107-114.

191-Reinecke,-Dana-R, Et al 1997 - Teaching Deception Skills in a Game-Play Context to three Adolescents with Autism . Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. V27 n2 p127-37.

192-Reiss,-Allan,-L. & Freund,-L. 1990 - Fragile X Syndrome, DSM-III-R, and Autism. Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry v.29 n.6 p.885-891.

193-Renew, -Frank-C. 1998 - Educating Students with PDD/Autism: The Case for Rational Inclusion . ERIC ED717892.

194-Rimland,-Bernard, & Edelson,-Stephen-M. 1995 - A Pilot Study of Auditory Integration Training in Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v.25 n.1 p.61-70.

195-Rimland,-Bernard, & Baker,-Sidney-M. 1996 - Alternative Approaches To the Development of Effective Treatments for Autism . Journal-of-And-Developmental-Disorders. v26 n2 p236-41.

196-Ritvo,-Edward,-R. Et al 1987 - A Report of one Family With Four Autistic Sibling and Four Families With Three Autistic Sibling. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.3 p. 339-341.

197-Roger,-Sally-J. 1996 - Early Intervention in Autism. Journal-of-Autism and-Developmental-Disorders. v26 n2 p243046.

198-Rogers, -Sally-J. 1998 - Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism.– Journal –of-clinical-child-Psychology.Vol. 27 (2) : 168 – 179 .

199-Rogers,-Sally-j. Et al 1996 - Imitation and Pantomime in High-Functioning Adolescents with Autism Spectrum Disorders. Child-Development. v67 n5 p206-73.

200-Rollins, -Pamela-Rosenthal, Et al 1998 - An intervention technique for children with autistic spectrum disorder : Joint attentional routines. Journal-of-Communication-Disorders. Vol. 31 (2) : 181-193 .

201-Rosenthal-Malek,-Andrea, & Mitchell,-Stella 1997 - Brief Rreport: The Effects of Exercise on the Self-Stimulatory Behaviors and Positive Responding Of Adolescents with Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. V27 n2 p193-202.

202-Rumsey,-Judith,-M. et al 1985 - Autistic Children as Adults: Psychiatric Social, and Behavioral Outcomes. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. v.24 n.4 p.465-473.

203-Russell, -James& Jarrold, -Christopher 1998 - Error-correction problems in autism: Evidence for a monitoring impairment ? - Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (3) : 177-18 .

204-Russell, -James . 1998 - How executive disorders can bring about an inadequate “theory of mind” - Psyclit - 0198523491.

205-Sasso, -Gary-M. Et al 1998 - A comparison of the effects of organismic and setting variables on the social interaction behavior of children with developmental disabilities and autism. Focus-on-Autism-and-Developmental-Disabilities. Vol. 13 (1) : 2-16 .

206-Schatz,-Jeffrey, & Hamdan-Allen,-Ghada 1995 - Effects of Age an IQ on Adaptive Behavior Domains for Children with Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Sisorders. V.25 n.1 p.51-60.

207-Schleien,-Stuart-J., Et al 1995 - Participation of Children with Autism and Nondisabled Peers in a Cooperatively Structured Community Art Program. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v.25 n.4 p.397-413.

208-Schreibman, -Laura & Charlop-Christy,-Marjorie-H. Autistic disorder. Psyclit 0306453215.

209-Seery, -Mary-Ellen, Et al 1998 - I have something to show you : Aqualitative study of the interactions of mothers and their young sons diagnosed with autism. – Infant-Toddler-Intervention. Vol.8 (1) : 67-84.

210-Shapiro,- TH., Et al 1987 - Attachment in Autism and Other Developmental Disorders. Journal of the America Academy of Child And Adolescent Psychiatry. v.26 n.4 p.480-484.

211-Shapiro,-Th., Et al 1987 - Communicative Interaction Between Mothers and Their Autistic Children: Application of a New Instrument

And Changes After Treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.4 p.485-490.

212-Sharpley,-Christopher-F, Et al 1997 - Influence of Gender, Parental Health, and Perceived Expertise of Assistance upon Stress, Anxiety, and Depression among Parents of Children with Autism. Journal-of-Intellectual-and-Developmental-Disability. V22 n1 p19-28.

213-Shearer,-Denise-D, Et al 1996 - Promoting Independent Interactions between Preschoolers with Autism and Their Nondisabled Peers: An Analysis of Self-Monitoring. Early-Education-and-Development. v7 n3 p205-20.

214-Sheinkopf, -Stephen-J, & Siegel, -Bryne 1998 - Home based behavioral treatment of young children with autism. Journal-of-Autism-and-Developm-ental-Disorders. Vol. 28 (1) : 15-23.

215-Siegel,Bryna., Et al 1989 - The use of Signal Detection Theory to Assess DSM-III-R Criteria for Autistic Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.28 n.4 p.542-548.

216-Sigman,- M.,- & Mundy,-P., 1989 - Social Attachments in Autistic Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.28 n. 1 p74-81.

217-Sigman,-Marian. 1998 - The Emanuel Miller Memorial : ecture 1997 : change and continuity in the development of children with autism. Journal-of-Child-Psychology-and-Psychiatry-and-Allied-Disciplines. Vol. 39 (6) : 817-827.

218-Silver,-Kathi-O. 1997 - Genetic and Medical Considerations of Autism : A Literature Review. ERIC RIEDEC97.

219-Simpson,-Richard-I, Et al 1998 - Social Skills for Students with Autism Second Edition. CEC Mini-Library: Working with Behavioral Disorders. ERIC ISBN-0-86586-302-4.

220-Simpson,-Richard-L. 1995 - Children and Youth with Autism in an Age of Reform : A Perspective on Current Issues .Behavioral-Disorders . v21 n1 p7-20.

221-Simpson,-Richard-L. 1995 - Individualized Education Programs for Student with Autism :Including Parents in the Process .Focus-on-Autistic-Behavior .v10 n4 p11-15.

222-Simpson,-Richard-L., & Myles,-Brenda-Smith 1995 - Effectiveness of Facilitated Communication with Children and Youth with Autism.

Journal-of-Special-Education. V.28 n.4 p.424-39.

223-Smith,-Marcia-Datlow., Et al 1995 - A Guide to Successful Employment for Individuals with Autism. ERIC ED375246.

224-Smith,-Tristam, & Lovess,-O.-Ivar 1997 - The UCLY Young Autism Project: A Reply to Gresham and Macmillan. Behavioral-Disorders. V22 N4 p 202-18.

225-Snow,-M.-E., Et al 1987 - Rate of Development in Young Autistic Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.6 p.834-835.

226-Snow,-M.-E. Et al 1987 - Expression of Emotion in Young Autistic Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.6 p.836-838.

227-Soulayrol, -Rene. Et al 1997 - The gestural symbolism of psychotic children Psyclit - 0079-726X .

228-Sponheim,-Eili, Skjeldal, -Ola 1998 – Autism and related disorders: Epidemiological findings in a Norwegian stud using ICD-10 diagnostic Criteria. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders.Vol. 28 (3) : 217-22.

229-Stahmer,-Aubyn-C. 1995 - Teaching Symbolic Play Skills to Children With Autism Using Pivotal Response Training. Journal-of-Autism-and Developmental-Disorders. v.25 n.2 p.123-41.

230-Steerneman, -Pim, & Muris, -Peter. 1997 - Gebrekkig begrip van " false belief": specifiek voor autisme en aanverwante contactstoornissen? Deficits in the understanding of false belief: Specific for autism and related disorders? Gedrag-and-Gezondheid:-Tijdschrift-voor-Psychologie-and-Gezondheid. Vol. 25 (5) : 258-264 .

231-Steinhausen,-Hans-H et al 1986 - A Community Survey of Infantile Autism Journal of the American Academy of child Psychiatry. Vol.25 No.2 :186-189.

232-Steiner-Bell,-Karin & Kirby, -John-R. 1998 - Mindblindness: Implications for educating children with autism . - Developmental-Disabilities-Bulletin. Vol. 26 (1) : 1-21 .

233-Stork, -Jochen 1997 - Psychoanalytic remarks concerning the results of " facilitated communication " experiments. Psyclit 0079-726X

234-Strain,-Phillip-S., Et al 1995 - Activity Engagement and Social Interaction Development in Young Children with Autism: An Examination Of "Free" Intervention Effects. Journal-of-Emotional-and-Behavioral-

Disorders. v.3 n.2 p.108-23.

235-Strain,-Phillip-S, & Danko,-Cassandra-D. 1995 - Caregivers' Encouragement of Positive Interaction between Preschoolers with Autism And Their Siblings. Journal-of-Emotional-and-Behavioral-Disorders. v.3 n.1 p.2-12.

236-Strayhorn,-Joseph,-M. Et al 1988 - Randomized Trial of Methylphenidate for an Autistic Child . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.27 n.2 p.244-247.

237-Strickland, -Dorothy - 1998 - Virtual reality for the treatment of autism Psyclit 9051993641.

238-Stubbs,-E.,-G., Et al 1985 - Autism and Shared Parental HLA Antigens Journal of the American Academy of Child Psychiatry. v.24 n.2 p.182-185.

239-Sugerman,-Sherly 1995 - Enabling Families of Preschool-Aged Children with AutismTo Effectively Deal with Challenging Behaviors: A Curriculum-Based Behavior Management Training. ERIC ED387987

240-Swaggart,-Brenda-L. Et al 1995 - Using Social Stories to Teach Social and Behavioral Skills to Children with Autism. Focus-on-Autism-Behavior. v.10 n.1 p.1-16.

241-Szatmari,-P. Et al 1990 - Asperger's Syndrome and Autism : Neurocognitive Aspects. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v29. N1 p.130-136.

242-Szatmari, -Peter, & Mahoney, -William. 1993 - The genetics of autism and Pervasive developmental disorders: A review of the evidence . Journal-on-Developmental-Disabilities. Vol. 2 (1) : 39-55.

243-Tager-Flusberg,-Helen. 1996 - Current Theory and Research on Language and Communication in Autism .Journal-of-Autism-and - Developmental-Disorders .v26 n2 P169-72.

244-Tanguay, -Peter-E., Et al 1998 - A dimensional classification of autism spectrum disorder by social communication domains. Journal-of-the-American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry.Vol.37 (3) : 271-277

245-Taylor,-Bridget-A, & Harris,-Sandra-L. 1995 - Teaching Children With Autism to Seek Information: Acquisition of Novel Information and Generalization of Responding. Jornal-of-Applied-Behavior-Analysis. v.28 n.1 p.3-14.

246-Thacker,-Cheryl 1996 - Handbook on Autism. ERIC ED404828.

247-Thorp,-Danielle-M., Et al - 1995 - Effects of Sociodramatic Play Training On Children with Autism.Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders v.25 n. 3 p.265-82

248-Trepagnier,-Cheryl 1996 - A Possible Origin for the Social and Communicative Deficits of Autism. Fouces-on-Autism-and-other-Developmental-Disabilities. v11 n3 p170-82.

249-Umino,-Ken. 1997 - Development of eye contact in autistic children. Japanese-Journal-of-and-Adolescent-Psychiatry. Vol. 38 (3) : 257-268.

250-Van–Bourgondien, -Mary-E. Et al 1998 - The Environmental Rating Scale (ERS) : A measure of the quality of the residential environment for Adults with autism. Research-in-Developmental-Disabilities. Vol. 19 (5): 381-394.

251-Van-Bourgondien,-Mary-E, Et al 1997 - Sexual Behavior in Adults with Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v27 n2 p113-25

252-Varley,- Christopher,-K. & Holm,-Vanja,-A. 1990 - A Two-Year Follow up of Autistic Children Treated with Fenfluramine. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.29 n.1 137-140.

253-Voeller,-Kytja-K-S. 1996 - Developmental Neurobiological Aspects of Autism Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n2 p189-93.

254-Volkmar,-Fred-R. 1996 - Diagnostic Issues in Autism: Results of the DSM-IV Field Trail .Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n2 p155-57.

255-Volkmar,-Fred-R. 1990 - Seizure Disorders in Autism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.29 n.1 p.127-129.

256-Volkmar,-Fred-R. 1989 - An Examination of social Typologies in Autism Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.28 n.1 82-86.

257-Volkmar,-Fred-R. 1987 - Social Deficits in Autism : An Operational Approach Using the Vineland Adaptive Behavior Scales. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.2 p.156-161.

258-Volkmar,-Fred-R. 1986 - An Evaluation of DSM-III Criteria for Infantile Autism. Journal of the American Academy of Child Psychiatry v.25 n.2 p.190-197.

259-Wainwright,-J.-Ann, & Bryson,-Susan-E. 1996 - Visual-Spatial Orienting

In Autism. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n4 p423-38.

260-Warren,-Reed,-P. Et al 1987 - Reduced Natural Killer Cell Activity in Autism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.26 n.3 p.333-335.

261-Warren,-W.,-L., Et al 1990 - Detection of Maternal Antibodies in Infantile Autism . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.29 n.6 p873-877.

262-Waterhouse,-Lynn., Et al 1996 - Diagnosis and Classification in Autism .Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders . v26 n1 p59-86.

263-Watson, -Linda-R. 1998 - Following the child's lead: Mothers' interaction with children with autism Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. Vol. 28 (1) : 51-59.

264-Weizman,-Ronit Et al 1988 - Low Plasma Immunoreactive B-Endorphin Levels in Autism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.27 n.4 p.430-433.

265-W. H. O. (1978) The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO Geneva . pp. 33-34 .

266-Wimpory,-Dawn., Et al 1995 - Musical Interaction Therapy for Children with Autism : An Evaluative Case Study with Two-Year Follow-Up. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders .v25 n5 p541-52.

267-Wing,-Lorna & Attwood,-Anthony 1987 - Syndromes of Autism and Atypical Developmental - Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. New York: John Wiley & Sons,Inc.

268-Wolf-Schein, -Enid-G. 1998 -Considerations in assessment of children with severe disabilities including deaf-blindness and autism -International-Journal of-Disability,-Development-and-Education. Vol. 45 (1) : 35-55.

269-Wolman,-Sandra,-R. Et al 1990 - Dermatoglyphic Study in Autistic Children and Controls. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. v.29 n.6 p.878-884.

270-Wright,-Harry, H. Et al 1986 - Fragile X Syndrome in a Population of Autistic Children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry v.25 n.5 p.641-644.

271-Yirmiya,-Nurit, Et al 1996 - The Ability to Manipulate Behavior and to

Understand Manipulation of Beliefs: A Comparison of Individuals with Autism, Mental Retardation, and Normal Development. Developmental-Psychology. v32 n1 p62-69.

272-Yirmiya,-Nurit, & Shulman,-Cory 1996 - Seriation, Conservation, and Theory of Mind Abilities in Individuals with Autism, Individuals with Mental Retardation, and Normally Developing Children. Child-Development. v67 n5 p2045-59.

273-Zanolli, -Kathleen, & Dagget, -Julie. 1998 - The effects of reinforcement rate on the spontaneous social initiations of socially with drawn preschoolers Journal-of-Applied-Behavior-Analysis. Vol. 31 (1) : 117-125.

274-Zelazo, -Philip-R. 1997 - Infant-Toddler Information Processing Treatment of Children with Pervasive Developmental Disorder and Autism: Part II. Infants-and-Young-Children. V10 n2 p1-13.

275-Zielke,-H-Ronald. Et al 1996 - The Role of National Brain and Tissue Banks in Research on Autism and Developmental Disorders. Journal-of-Autism-and-Developmental-Disorders. v26 n2 p227-30